Loi canadienne sur la santé

Rapport annuel 1999-2000

Canada

101-03221/

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour obtenir des renseignements sur la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que sur les documents connexes, veuillez consulter notre site Web à l'adresse : http://*www.hc-sc.gc.ca/medicare*

La présente publication peut être produite en format électronique ou en gros caractères sur demande.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2000.

Cat. H1-4/2000F

ISBN 0-662-85341-5

Son Excellence la très honorable Adrienne Clarkson, Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application administration et le fonctionnement de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'année financière qui s'est terminé le 31 mars 2000.

Allan Rock
Ministre de la Santé

Avant-propos

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* constituent la pierre angulaire du système d'assurance-santé canadien. Les Canadiens et les Canadiennes en conviennent et s'attendent à ce que le gouvernement fédéral s'acquitte de ses responsabilités en vertu de la *Loi* et prenne les mesures nécessaires pour assurer la viabilité de notre système de soins de santé universel, transférable, accessible, intégral et de gestion publique.

À mesure que notre situation financière s'est améliorée, le gouvernement fédéral a été capable d'ajouter aux importants engagements de fonds déjà prévus dans le budget de février 1999. Le budget 2000 a ajouté à ces investissements et, en septembre 2000, les efforts – déployés par tous les gouvernements pour élaborer un plan d'action commun visant à améliorer la qualité et la capacité de réponse du système de santé – ont porté fruit alors que les premiers ministres ont conclu un accord historique. Cet accord comprend une vision, des principes, un plan d'action, un engagement à rendre des comptes à la population canadienne et un nouveau cadre de financement fédéral substantiel. En travaillant de concert à la mise en œuvre de cet accord, les gouvernements vont assurer le renouveau et le renforcement de notre système de soins de santé au profit de tous les Canadiens et les Canadiennes.

Les premiers ministres ont énoncé leur vision de la santé en ces termes :

> *Les Canadiens et les Canadiennes disposeront de services de santé financés par les fonds publics, qui offrent des soins de santé de qualité et qui font la promotion de la santé et du bien-être des Canadiens et Canadiennes de manière efficiente et équitable.*

Les premiers ministres se sont engagés à renforcer et à renouveler, par le biais du partenariat et de la collaboration, les services de soins de santé publics du Canada.

Les premiers ministres ont formulé leurs principaux objectifs à l'égard du système de santé : préserver, protéger et améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes; faire en sorte que, partout au Canada, ceux-ci aient accès, dans des délais raisonnables, à une gamme de services de santé appropriés, intégrés et efficaces, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer; assurer la viabilité du système à long terme afin que les services de santé soient disponibles lorsqu'ils en auront besoin dans l'avenir. Entre autres engagements, les premiers ministres se sont à nouveau engagés, en vue d'atteindre ces objectifs, à soutenir les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, qui constituent la pierre angulaire du système de santé.

Dans le cadre de ce nouvel accord, le gouvernement fédéral augmentera de 18,9 milliards de dollars, au cours des cinq prochaines années, les paiements de transfert en espèces pour la santé versés aux provinces et aux territoires en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Outre cette augmentation des paiements de transfert, 2,3 milliards de dollars seront versés aux provinces et aux territoires pour appuyer des initiatives touchant les soins de santé primaires, aider à moderniser le matériel de diagnostic et de traitement essentiel, ainsi que de renforcer et de mieux coordonner l'application des technologies de l'information et des communications au système de santé pour répondre aux besoins des patients. Le nouvel accord aide dans l'immédiat à faire face aux défis actuels du système de santé et offre, à long terme, un fondement solide pour le renouvellement du système.

Dans son rapport de 1999, le vérificateur général du Canada, a déclaré que « Santé Canada ne dispose pas de l'information nécessaire pour surveiller le respect de la *Loi canadienne sur la santé* et rendre des comptes à ce sujet avec efficacité ». En réponse à cette inquiétude, nous avons amorcé un processus visant à uniformiser la présentation du rapport afin de permettre une gestion plus intégrée et cohérente de la *Loi*. Nous avons aussi amélioré la nature et la profondeur de l'information contenue dans le rapport afin de faciliter la compréhension du niveau de conformité des provinces et des territoires aux exigences de la *Loi*.

En mai 2000, je me suis engagé à renforcer la capacité de Santé Canada à surveiller la conformité à la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai ainsi annoncé une augmentation de quatre millions de dollars des dépenses annuelles qui seront affectés aux bureaux régionaux et à l'administration centrale de Santé Canada pour mieux veiller au respect de la *Loi*. Ces nouvelles ressources permettront de travailler de façon plus étroite avec les provinces et les territoires afin de faire rapport sur les questions de conformité, d'élargir la collecte de données et d'accroître la capacité d'analyse.

Dans le passé, le *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé* identifiait les provinces en situation de non-conformité et notait si ces situations avaient été résolues. La Nouvelle-Écosse demeure en situation de non-conformité avec la *Loi* en ce qui concerne la politique fédérale sur les cliniques privées, et des retenues sur les paiements de transfert fédéraux à cette province seront maintenues jusqu'au règlement de la question.

Je vous invite à remplir et à retourner le questionnaire de rétroaction ci-joint, après avoir lu le Rapport annuel de cette année. Vos commentaires et suggestions seront utiles pour déterminer le format et le contenu des prochains rapports.

Allan Rock
Ministre de la Santé

Remerciements

Santé Canada tient à souligner le travail et les efforts qui ont été investis dans la production du présent rapport annuel. Le dévouement et la diligence des ministères de la Santé énumérés ci-dessous, et de leur personnel, auront permis de présenter le présent rapport sur l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et du Labrador

Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Ministère de la Santé du Manitoba

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta

Ministère de la Santé et Ministère responsable des personnes âgées de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Nunavut

Nous désirons souligner également le travail considérable réalisé par l'équipe de production – le dévouement et les longues heures de travail consacrées par le personnel de l'unité de l'éditique, de la firme de graphisme qui a réalisé la nouvelle page couverture, ainsi que des services de traduction et de révision du gouvernement fédéral.

Table des matières

Introduction

Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé 1
Le rapport du vérificateur général, 1999 1
Améliorations apportées au Rapport annuel de 1999-2000 2
Principaux changements apportés aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires en 1999-2000 3
Quoi de neuf pour 2000-2001? 3

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

Qu'est-ce que la Loi canadienne sur la santé? 5
Évolution de la Loi 5
Services de santé visés par la Loi 6
Exigences de la Loi 6
Conditions d'octroi 7
Conditions de versement 8
Surfacturation et frais modérateurs 8
Pénalités obligatoires et discrétionnaires 8
Services de santé non visés par la Loi 9

Administration de la Loi canadienne sur la santé

Gestion de la Loi 11
Division de la Loi canadienne sur la santé 11
Comité de coordination de la facturation réciproque 11
Caisse supplémentaire d'assurance-santé 12
Conformité à la Loi 13
Interprétation - Lettre Epp 13
Politique fédérale sur les cliniques privées 14
Activités d'application de la Loi 15

Table des matières (suite)

Administration de la Loi *canadienne sur la santé* (suite)

Dispositions relatives aux pénalités prévues par la Loi 15

Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs 15

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs 16

Dispositions concernant les pénalités discrétionnaires 16

Historique des retenues 17

Pénalités depuis l'adoption de la Loi canadienne sur la santé 17

Enquêtes concernant les activités de non-conformité possibles 18

Québec - Allégations de facturation de frais d'établissements 18

Ontario - Allégations d'accès préférentiel pour des services d'imagerie par résonance magnétique 19

Alberta - Allégations d'accès préférentiel et de surfacturation pour la chirurgie de la cataracte .. 19

Tableau 1 - Retenues annuelles, par province et territoire, depuis l'adoption de la Loi canadienne sur la santé 20

Tableau 2 - Sommaire de retenues, par province et territoire, depuis l'adoption de la Loi canadienne sur la santé 22

Contributions et versements du gouvernement fédéral

Accords fédéraux-provinciaux-territoriaux de financement en matière de santé 23

Partage des frais 23

Financement des programmes établis 23

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) 24

Versement des paiements au titre du TCSPS 24

Retenues en 1999-2000 25

Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

Introduction 27

Terre-Neuve et Labrador 31

Île-du-Prince-Édouard 43

Nouvelle-Écosse 53

Table des matières (suite)

Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux (suite)

Nouveau-Brunswick 65
Québec 81
Ontario 89
Manitoba 103
Saskatchewan 117
Alberta 133
Colombie-Britannique 151
Yukon 163
Territoires du Nord-Ouest 177
Nunavut 183

Annexe A : Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux : statistiques supplémentaire

Introduction 191
Terre-Neuve et Labrador 193
Île-du-Prince-Édouard 198
Nouvelle-Écosse 203
Nouveau-Brunswick 208
Ontario 213
Manitoba 219
Saskatchewan 225
Alberta 230
Colombie-Britannique 235
Yukon 240
Territoires du Nord-Ouest 246
Nunavut 251

Annexe B : Codification administrative de la Loi canadienne sur la santé 257

Lexique 277

Introduction

Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) sont la pierre angulaire du système de santé canadien, et les Canadiens et Canadiennes en conviennent. Cette *Loi* , adoptée à l'unanimité par le Parlement en 1984, atteste de l'engagement du gouvernement fédéral à maintenir un système d'assurance-santé fondé sur l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique. Son but est de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient accès aux services hospitaliers et médicaux nécessaires sans avoir à débourser directement pour ces services. La *Loi canadienne sur la santé* énonce les conditions d'octroi et les conditions de versement que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir la totalité des contributions en espèces dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

Le Rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* vise à répondre aux exigences énoncées à l'article 23 de la *Loi*, à savoir :

« Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement. »

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires sont tenus de fournir des renseignements sur le fonctionnement de leurs régimes d'assurance-santé, notamment en ce qui a trait au respect des conditions d'octroi et de versement énoncées dans la *Loi*. La cueillette de ces renseignements s'est faite sous le signe de la collaboration : les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont conjugué leurs efforts pour fournir l'information dont le ministre fédéral de la Santé a besoin pour s'acquitter de ses responsabilités ayant trait à l'administration de la *Loi*.

Le rapport du vérificateur général, 1999

Le 29 novembre 1999, le vérificateur général du Canada a publié son rapport annuel; le chapitre 29 du rapport portait sur l'appui fédéral à la prestation des soins de santé, y compris l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Ce rapport reconnaît l'importance de cette *Loi* pour les Canadiens et les Canadiennes ainsi que le fait qu'elle symbolise les valeurs que ceux-ci en sont venus à considérer comme définissant leur société et faisant partie de leurs droits fondamentaux. Le maintien d'un système public et universel de santé demeure l'une des préoccupations majeures des Canadiens et des Canadiennes; et ceux-ci s'attendent à ce que les divers paliers de gouvernement travaillent en étroite collaboration afin de protéger ce programme social tant prisé. L'adhésion aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* constitue un élément clé de l'atteinte de cet objectif.

En réponse aux recommandations formulées par le vérificateur général, Santé Canada a entrepris de concerter ses efforts avec ceux de ses partenaires provinciaux et territoriaux pour améliorer les rapports qu'il soumet au

Parlement, notamment le Rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé*. Ce rapport rend compte dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires satisfont aux conditions d'octroi et de versement énoncées dans la *Loi*. Cette nouvelle démarche reflète les efforts déployés par Santé Canada pour améliorer ses sources de renseignements et ses rapports touchant la conformité des provinces et des territoires face à la *Loi canadienne sur la santé*. Les améliorations apportées aux diverses parties du présent rapport permettent de présenter une information plus détaillée et uniforme des renseignements et devraient faciliter la compréhension du fonctionnement du système de santé canadien en ce qui a trait à l'application de la *Loi*.

Améliorations apportées au Rapport annuel de 1999-2000

Dans le cadre de sa stratégie en matière d'informations relatives à la *Loi canadienne sur la santé*, Santé Canada a élargi le contenu et modifié le format du Rapport annuel. Son objectif est de rendre ce rapport plus utile aux parlementaires et au grand public en y intégrant davantage des renseignements touchant à l'administration et à l'application de la *Loi*. Les lecteurs pourront mieux comprendre les programmes d'assurance-santé et les services offerts dans chaque province et territoire.

- On a amélioré l'introduction du rapport avec l'inclusion d'une section sur les principaux changements apportés aux régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé pour 1999-2000. On y trouve aussi un aperçu de ce que réservent les prochains rapports annuels.
- L'Aperçu de la *Loi canadienne sur la santé* a été étendu pour offrir une vue d'ensemble de la *Loi* et préciser, ce qui est tout aussi important, quels services de santé ne sont pas assurés.
- La section sur l'Administration de la *Loi canadienne sur la santé* comprend une description des principales initiatives et tâches entreprises par le Ministère au cours de la dernière année, en rapport avec la *Loi*.
- La section sur les contributions et les versements du gouvernement fédéral présente l'historique des accords de financement fédéraux pour le soutien des programmes de santé provinciaux et territoriaux, et des retenues effectuées sur les transferts fédéraux en espèces en 1999-2000.
- On a élargi les sections portant sur les provinces et les territoires pour y inclure des descriptions plus uniformes du fonctionnement des régimes d'assurance-santé de chaque province et territoire.
- Deux annexes s'ajoutent au rapport. La première annexe renferme des données statistiques sur les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés. La deuxième présente la codification administrative de la *Loi*, laquelle tient compte de toutes les modifications apportées à la *Loi* depuis sa promulgation en 1984.
- On a ajouté un lexique définissant les termes utilisés dans le Rapport annuel. Lorsque la terminologie utilisée par les provinces et territoires diffère de celle du lexique, il en est fait mention.
- Enfin, on a ajouté un questionnaire de rétroaction afin de connaître les opinions des intéressés relativement au nouveau format du rapport annuel. Les réponses à ce questionnaire serviront à améliorer les prochains rapports annuels.

Principaux changements apportés aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires en 1999-2000

Au cours de l'exercice 1999-2000, les régimes d'assurance-santé des provinces et territoires ont continué d'offrir l'accès à une gamme complète de services hospitaliers et médicaux ainsi qu'à des services complémentaires de santé.

Dans la plupart des provinces et des territoires, on a annoncé ou mis en oeuvre, au cours de l'année 1999-2000, de nouvelles mesures liées aux ressources humaines en santé, plus particulièrement en ce qui concerne les médecins et le personnel infirmier.

Ces mesures comprennent des stratégies de recrutement et de rétention des médecins; une augmentation du nombre de postes de formation pour les étudiants en médecine; un enrichissement des programmes de bourses d'études pour les étudiants de premier cycle en médecine et pour les médecins résidents; des améliorations aux programmes de formation afin de favoriser l'exercice de la médecine en milieu rural; et l'attribution de nouveaux fonds pour l'ajout de postes en soins infirmiers.

Les autorités provinciales et territoriales ont également pris des mesures, en 1999-2000, pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés. Ces mesures comprennent l'ouverture de nouveaux lits pour des soins aigus et chroniques, des ressources additionnelles pour réduire les listes d'attente pour les soins médicaux, les chirurgies et les traitements aux cancéreux; l'achat et l'installations de nouveaux appareils de diagnostic de haute technologie, tels que des appareils d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) et de tomographie par ordinateur (TO); et l'extension des services de télésanté.

Toutes les provinces et les territoires fournissent des services de santés assurés qui excèdent les exigences de la *Loi*. Parmi ces services figurent des programmes tels que l'assurance-médicaments, les soins à domicile, les services ambulanciers, et les aides à la vie autonome. Ces services sont offerts à la discrétion des provinces et des territoires, selon des conditions établies par celles-ci et ne sont pas soumis à l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Quoi de neuf pour 2000-2001?

Santé Canada a entrepris de renforcer sa capacité d'analyse de politiques et de présentation de rapports relativement à la *Loi canadienne sur la santé*. En mai 2000, le ministre fédéral de la Santé s'est engagé à renforcer la capacité de Santé Canada à surveiller la conformité à la *Loi*. Il a alors annoncé qu'il augmentait de quatre millions de dollars par année, portant ainsi le budget annuel à cinq millions et demi de dollars affectés aux bureaux régionaux et à l'administration centrale de Santé Canada, pour mieux veiller au respect de la *Loi*. Ces nouvelles ressources permettront de travailler de façon plus étroite avec les provinces et les territoires afin de faire rapport sur les questions de conformité, d'élargir la collecte de données et d'accroître la capacité d'analyse.

Afin d'améliorer ses fonds d'information, Santé Canada a lancé de nouvelles initiatives qui seront décrites dans le Rapport annuel 2000-2001. À titre d'exemple, le Ministère étudie, en collaboration avec les provinces et les territoires, les tendances observables en ce qui a trait à la fourniture, la demande et la

prestation des services diagnostiques de haute technologie offerts au pays. De plus, un système d'information ainsi qu'une base de données sur les programmes et services de santé assurés visés par la *Loi* sont présentement en voie de développement. Il est prévu que le format et le contenu du *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé* devraient continuer d'évoluer, au cours des prochaines années, afin de tenir compte de ces initiatives et d'autres à venir.

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

« L'accomplissement dont nous sommes le plus fiers en ce qui a trait au bien-être des Canadiens a été d'affirmer que la maladie en elle-même était un malheur assez grand en soi , pour que la ruine financière ne vienne pas s'y ajouter. C'est pourquoi l'assurance-maladie apparaît comme un principe sacré et nous ne permettons pas qu'il soit violé. »

(Juge Emmett M. Hall)

Qu'est-ce que la Loi canadienne sur la santé?

La *Loi canadienne sur la santé* est la loi fédérale qui régit l'assurance-santé.

En vertu de la Constitution, les provinces et territoires du Canada sont responsables de la gestion et de la prestation des services de santé. Il leur incombe de déterminer où sont situés les hôpitaux, le nombre de médecins dont ils auront besoin et les sommes qui doivent être affectées à leur système de santé. La *Loi canadienne sur la santé* établit les conditions d'octroi et de versement applicables aux services de santé assurés – les normes nationales – que doivent respecter les provinces et territoires pour recevoir la pleine contribution en espèces au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

Le programme national d'assurance-santé a pour but de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés qui sont médicalement nécessaires sans avoir à débourser directement pour ces services.

Évolution de la Loi

Avant la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé*, deux lois fédérales régissaient l'assurance-hospitalisation et l'assurance des soins médicaux, à savoir la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostics* (1957) et la *Loi sur les services médicaux* (1968). En adoptant ces *Lois*, le Canada se donnait pour la première fois un programme d'assurance-santé véritablement national et couvrant tous les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins, pour l'ensemble des résidents.

Adoptée en 1984, la *Loi canadienne sur la santé* a obtenu le consentement unanime de la Chambre des communes et du Sénat. Elle a remplacé les deux lois précédemment en vigueur, mais a conservé et inscrit comme inviolables les critères ou principes de base sous-jacents au programme national d'assurance-santé qui étaient enchâssés dans les *Lois* précédentes.

La principale différence entre les anciennes lois et la nouvelle *Loi canadienne sur la santé* est l'ajout de dispositions visant à éliminer les frais exigés directement des patients – sous forme de surfacturation ou de frais modérateurs – pour les services de santé assurés. La *Loi* décourage l'imposition de tels frais en prévoyant des retenues obligatoires, d'un montant équivalent, sur les paiements de transfert fédéraux versés aux provinces et territoires.

Services de santé visés par la Loi

Deux groupes de services sont visés par la *Loi canadienne sur la santé* :

- les services de santé assurés
- les services complémentaires de santé.

Les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis aux personnes assurées.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services hospitaliers assurés désignent les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune, les services infirmiers, certains actes de diagnostic comme les tests sanguins et les radiographies, l'administration des médicaments fournis à l'hôpital aux patients, et l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie.

Au sens de la *Loi*, les services médicaux assurés sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Les services de chirurgie dentaire sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital et qui ne peuvent être offerts convenablement que dans un tel établissement.

Les personnes assurées sont les résidents admissibles d'une province, à l'exception de ceux qui peuvent être visés par d'autres lois fédérales ou provinciales. Les personnes non visées par la *Loi canadienne sur la santé* sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, et les personnes assurées par un régime provincial d'indemnisation des accidents du travail. Certaines catégories de résidents, tels que les résidents permanents et les Canadiens qui rentrent au pays après avoir séjourné dans d'autres pays, peuvent être assujetties à un délai d'au plus trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés.

Les services complémentaires de santé couverts par la *Loi canadienne sur la santé* comprennent les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes) et les composantes « santé » des soins à domicile et des soins ambulatoires.

Exigences de la Loi

Selon la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires doivent satisfaire à neuf exigences pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Ces neuf exigences sont les suivantes :

- cinq conditions d'octroi s'appliquant uniquement aux services de santé assurés;
- deux conditions de versement s'appliquant aux services de santé assurés et aux services complémentaires;
- des dispositions touchant la surfacturation et les frais modérateurs, qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

Conditions d'octroi

1. ***Gestion publique***
   Ce critère s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires (et non aux hôpitaux ou aux services hospitaliers qu'ils offrent). Les régimes d'assurance-santé doivent être gérés par une autorité publique sans but lucratif nommée ou désignée par le gouvernement de la province ou du territoire, relevant de ce gouvernement, et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

2. ***Intégralité***
   Le régime provincial ou territorial d'assurance-santé doit couvrir tous les services de santé assurés (fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes) et, lorsque la loi de la province ou du territoire le permet, certains services fournis par d'autres professionnels de la santé.

3. ***Universalité***
   Cent pour cent des résidents assurés de la province ou du territoire ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire, selon des modalités uniformes. Les provinces et territoires exigent généralement que les résidents s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

4 ***Transférabilité***
   Les résidents qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire continuent d'être protégés par le régime de leur province ou territoire « d'origine » pendant la période d'attente minimale imposée par le régime de la nouvelle province ou du nouveau territoire de résidence, jusqu'à concurrence de trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé.

   Les résidents temporairement absents de leur province ou territoire d'origine, ou du pays, doivent aussi continuer d'avoir droit aux services de santé assurés. De la sorte, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou territoire d'origine dans des limites prescrites mais continuer d'être assurées par leur régime d'assurance-santé.

   La transférabilité n'autorise pas une personne à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays; elle a plutôt pour objet de garantir l'admissibilité d'une personne aux services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsque celle-ci est absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou pour des vacances.

   Lorsque des personnes assurées sont temporairement absentes parce qu'elles sont dans une autre province ou un autre territoire, les services assurés doivent être payés selon les tarifs de la province d'accueil. Si des personnes assurées sont temporairement absentes du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d'origine.

   Pour que la protection s'étende à certains services électifs (non urgents), il peut être nécessaire d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé.

5. ***Accessibilité***
   Les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires doivent offrir :

   - l'accès raisonnable aux services de santé assurés, selon des modalités uniformes et sans restreindre l'accès, directement ou indirectement, par des frais modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens (âge, état de santé ou situation financière). Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès raisonnable sur le plan de la disponibilité physique des services

médicalement nécessaires doit être interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les résidents d'une province ou d'un territoire ont accès aux services de santé assurés là où les services sont offerts et selon la disponibilité de ces services;

- la rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;
- le versement aux hôpitaux de montants destinés à défrayer les services de santé assurés.

Conditions de versement

Renseignements — Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont tenus de communiquer au ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.

Reconnaissance — Les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent faire état, de façon appropriée, de la contribution fédérale aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Surfacturation — Il y a surfacturation lorsqu'un médecin ou un dentiste facture directement à une personne assurée un montant pour un service assuré, et que ce montant s'ajoute à celui qui serait normalement versé par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. Si, par exemple, un médecin demande cinq dollars à ses patients pour une visite à son cabinet – service déjà assuré par un régime d'assurance-santé – les cinq dollars demandés constituent une surfacturation.

Frais modérateurs — Il s'agit des frais directs imposés aux patients (autres que la surfacturation) pour des services assurés couverts par le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire, et qui ne sont pas payables, directement ou indirectement, par le régime d'assurance-santé. Si, par exemple, un patient se voit imposer des frais avant d'avoir reçu un traitement au service d'urgence d'un centre hospitalier, ces frais sont considérés comme étant des frais modérateurs.

Pénalités obligatoires et discrétionnaires

Pénalités obligatoires — En vertu du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une retenue obligatoire d'un montant équivalent sur leurs paiements de transfert fédéraux. Par exemple, si l'on déterminait qu'une province a autorisé les médecins à pratiquer la surfacturation pour un montant total de 500 000 $, ce montant serait retenu sur les paiements de transfert fédéraux versés à cette province.

Pénalités discrétionnaires — Les provinces ou territoires qui ne satisfont pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* peuvent se voir imposer des pénalités discrétionnaires. Les montants de ces pénalités sont établis en fonction de la gravité du défaut.

Processus de consultation — Avant d'imposer toute pénalité discrétionnaire, la *Loi canadienne sur la santé* prescrit le recours à un processus de consultation avec la province ou le territoire concerné.

Services de santé non visés par la Loi

En plus des services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins, visés par la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires offrent toute une gamme de services et d'avantages qui ne sont pas du ressort de la *Loi*. Ces services et avantages supplémentaires sont fournis à la discrétion des gouvernements provinciaux et territoriaux, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons des services d'optométrie, des services dentaires, des services de chiropractie et des prestations pour médicaments d'ordonnance.

Les services supplémentaires offerts par les provinces et territoires peuvent viser des groupes de population donnés (p. ex., enfants ou aînés) et être assurés en tout ou en partie par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et par les médecins ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés aux termes des lois sur l'assurance-santé provinciales et territoriales. Parmi ces services hospitaliers non assurés pour lesquels des frais peuvent être imposés aux patients, mentionnons l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée, sauf si elle est prescrite par un médecin, les soins infirmiers privés, la chirurgie esthétique, et la fourniture de téléphones et de téléviseurs. Parmi les services de médecin non assurés pour lesquels les patients peuvent se voir imposer des frais, mentionnons la consultation au téléphone, la délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs, les centres de culture physique ou les tribunaux, et la chirurgie esthétique.

Administration de la Loi canadienne sur la santé

Gestion de la Loi

La présente section décrit les rôles et responsabilités de la Division de la Loi canadienne sur la santé (DLCS) en ce qui concerne la surveillance et l'évaluation de la conformité provinciale-territoriale aux conditions d'octroi et de versement prévues dans la *Loi*.

Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division fait partie de la Direction des affaires intergouvernementales de la Direction générale de la politique de la santé et des communications de Santé Canada. Elle administre la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) et fournit des conseils stratégiques aux fins de cette *Loi*. Elle surveille un éventail de sources de données afin de s'assurer de la conformité provinciale-territoriale aux conditions d'octroi et de versement prévues dans la LCS, informe le Ministre des possibilités d'infraction à la *Loi* et recommande les mesures appropriées. En outre, la Division interprète les dispositions de la *Loi* et offre un soutien aux conseillers juridiques relativement aux affaires judiciaires mettant en cause la *Loi canadienne sur la santé*.

La Division répond aux demandes de renseignements du public, des ministères, des organisations intéressées et des médias au sujet de la *Loi* et des questions touchant l'assurance-santé, que ces demandes lui parviennent par téléphone, par Internet ou par courrier. Au cours de l'exercice 1999-2000, elle a répondu à plus de 1 500 demandes de renseignements verbales ou écrites.

La DLCS travaille en concertation avec les bureaux régionaux de Santé Canada pour recueillir des renseignements sur les différentes questions, orientations et politiques des provinces et des territoires, afin de faciliter l'administration de la *Loi*. Les quatre millions de dollars supplémentaires – qui seront affectés annuellement au sein de Santé Canada pour renforcer la capacité d'analyse de politiques et de présentation de rapports relativement à la *Loi* – serviront à accroître le personnel responsable de l'application de celle-ci, dans les bureaux régionaux et à l'administration centrale du ministère.

La Division produit également *le Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et les territoires collaborent à cette tâche en communiquant l'information nécessaire, en temps opportun. La Division rencontre les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux pour discuter du type de renseignements requis et de la manière de les communiquer.

Enfin, la Division préside le Comité de coordination fédéral-provincial-territorial de la facturation réciproque et offre des services de secrétariat à ce comité.

Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR)

Le Comité a été créé en 1991 pour discuter de questions touchant les ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation des services médicaux et hospitaliers. Les membres du comité sont également mandatés pour régler les difficultés administratives ayant des répercussions au niveau opérationnel. Toutes les provinces et tous les territoires ont signé des accords de facturation réciproque pour les services

hospitaliers; et tous, sauf le Québec, ont signé des ententes pour la facturation réciproque des services médicaux.

Terre-Neuve et Labrador, le Québec, l'Ontario, l'Alberta et le gouvernement fédéral (présidence) siègent au Comité. Les autres gouvernements ont identifié des personnes-ressources. En 1999-2000, les membres du comité et les personnes-ressources se sont réunis à une occasion. Les membres ont discuté des questions clés lors de trois autres réunions et de plusieurs téléconférences. Le Secrétariat du CCFR a offert un soutien continu.

Les activités entreprises en 1999-2000 visaient essentiellement la mise au point de nouvelles méthodes en matière de facturation interprovinciale-territoriale des services hospitaliers. En consultation avec l'Institut canadien d'information sur la santé, le Groupe de travail du CCFR chargé de l'examen des tarifs a débuté l'élaboration d'un modèle d'établissement des coûts par pondération pour les services hospitaliers facturés réciproquement entre les régimes provinciaux-territoriaux d'assurance-santé. L'établissement des coûts par pondération est utilisé pour déterminer le coût moyen approprié de traitement des patients hospitalisés.

L'examen et le rajustement des tarifs interprovinciaux pour les services de chirurgie d'un jour et diverses pharmacothérapies constituent un autre secteur d'activité important du comité. L'examen des tarifs est un défi continu pour le Comité qui doit tenir compte, en tout temps, des progrès de la technologie médicale et de l'évolution des coûts.

Le CCFR a chargé un sous-comité d'examiner l'Accord interprovincial et territorial sur l'admissibilité et la transférabilité, de procéder à sa mise à jour, et de suggérer les clarifications requises sur le plan administratif. L'accord a été approuvé par les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, en 1971, et mis en oeuvre en 1972. Il est le résultat des efforts de collaboration déployés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en vue d'établir certaines normes minimales pour l'accessibilité et la transférabilité interprovinciales et territoriales des régimes d'assurance-santé.

Les échanges d'information et les projets qui sont entrepris dans le sillage des travaux du CCFR témoignent de la ferme volonté fédérale-provinciale-territoriale de faire en sorte que les Canadiens et les Canadiennes conservent leur protection en matière de santé lorsqu'ils déménagent ou voyagent ailleurs au Canada.

Le CCFR rend compte de ses activités au Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé (CCSS). Composé de hauts fonctionnaires provinciaux et territoriaux ainsi que de représentants de Santé Canada, le CCSS sert de tribune permanente pour la consultation et l'échange d'information sur l'utilisation, la qualité, l'efficacité et la viabilité financière des services de santé.

Caisse supplémentaire d'assurance-santé

Il arrive parfois qu'une personne perde ou ne puisse obtenir, sans qu'elle en soit responsable, la protection d'un régime d'assurance-santé provinciale ou territorial pour les services de santé assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, selon les conditions de l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité. La Caisse supplémentaire d'assurance-santé a été établie en vertu du crédit L16b, *Loi des subsides n° 2, 1973*, précisément afin d'aider ces personnes. Chaque province ou territoire verse à la Caisse une contribution proportionnelle à sa population, et le gouvernement fédéral verse un montant équivalent. La Division de la *Loi canadienne sur la santé* gère cette caisse. En 1999-2000, aucun paiement n'a été effectué à partir de la Caisse. Au 31 mars 2000, le solde de la Caisse s'élevait à 28 386,44 $.

Conformité à la Loi

Deux énoncés de principes clés clarifient la position fédérale à l'égard de la *Loi canadienne sur la santé* : la « Lettre Epp » et la Politique fédérale sur les cliniques privées.

Interprétation - Lettre Epp

En juin 1985, le ministre fédéral de la Santé de l'époque, Jake Epp, a confirmé la politique fédérale d'interprétation et de mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé* dans une lettre aux provinces et aux territoires. La « Lettre Epp » demeure une référence importante pour l'interprétation de la *Loi*. Les cinq conditions d'octroi prévues dans la *Loi* y sont expliquées comme suit :

Gestion publique

Le but global du critère de la gestion publique est de laisser la gestion des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial ou territorial des décisions prises au sujet des seuils de prestation et des services, et celle-ci est assujettie à la vérification publique de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

En vertu du critère de l'intégralité, les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. De même, les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés ainsi que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit, doivent être compris dans les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

La lettre mentionne aussi que les provinces et les territoires, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de définir en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces et les territoires qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but du critère de l'universalité est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province ou d'un territoire ont droit à la protection et aux prestations en vertu des régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime.

Les provinces et les territoires ont le droit de prélever des impôts. En conséquence, la *Loi* n'interdit pas le prélèvement de primes en soi, pourvu que le régime provincial ou territorial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus de la province ou du territoire. Les modalités administratives doivent être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection ou y renoncent parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Transférabilité

Les dispositions de la LCS relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé lorsqu'ils s'absentent temporairement de la province ou du territoire où ils sont domiciliés, ou quand ils se déplacent d'une province ou d'un territoire à une autre province ou dans un territoire. Pendant un séjour temporaire dans une autre province ou un autre territoire, les habitants reconnus d'une province ou d'un territoire ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des

services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines.

Accessibilité

En vertu du critère d'accessibilité, la LCS cherche à décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés, et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de la population, en ce qui a trait à la facturation des services ou à l'usage nécessaire des services assurés.

La *Loi canadienne sur la santé* exige aussi que les régimes provinciaux et territoriaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services.

La lettre précise également que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services, ou la régie par les provinces et les territoires des établissements ainsi que des professions qui fournissent les services assurés.

En ce qui concerne les conditions prévues dans la LCS relativement à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et de fournir des renseignements, M. Epp déclare dans sa lettre que le gouvernement fédéral comptera sur la bonne volonté des ministres provinciaux et territoriaux pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires pour administrer la *Loi* et faire rapport au Parlement.

Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994, sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant exclusivement ou partiellement sur les cliniques privées ont eu lieu, dont la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé à Halifax en septembre 1994, lors de laquelle tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé de l'époque, Diane Marleau, a écrit aux ministres de la Santé provinciaux et territoriaux. Elle leur a communiqué l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée elle-même financée pour ces services par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. La lettre précise que la définition d'« hôpital » dans la *Loi canadienne sur la santé* s'étend à tout établissement public qui fournit des soins actifs, de réadaptation ou pour malades chroniques; et qu'en conséquence, lorsqu'un régime provincial ou territorial défraie les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire dispensé dans une clinique privée, il doit aussi payer les frais d'établissement correspondants, faute de quoi la province ou le territoire s'expose à une retenue sur son paiement de transfert fédéral.

Dans sa lettre du 6 janvier 1995, Mme Marleau fixait au 15 octobre suivant la date à partir de laquelle des pénalités seraient imposées. Les provinces et les territoires avaient plus de neuf mois pour apporter les ajustements nécessaires à leurs cadres législatifs et réglementaires et éviter ainsi des pénalités.

À compter du 15 octobre 1995, les provinces et les territoires jugés en état de contravention à la politique fédérale sur les cliniques privées se sont vues imposer des pénalités obligatoires en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces pénalités ont pris la forme de retenues sur les transferts en espèces mensuels. Conformément à la *Loi*, les retenues sont calculées à partir des estimations communiquées par les provinces et les territoires en vertu du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les*

frais modérateurs, en application de la *Loi canadienne sur la santé*. Celle-ci prévoit qu'en cas de refus de communiquer une estimation, le ministre fédéral de la Santé peut estimer lui-même le montant total des frais modérateurs perçus auprès des habitants de la province ou du territoire contrevenant, pour déterminer le montant de la pénalité.

Le gouvernement fédéral est déterminé à protéger les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, tout en laissant aux provinces et aux territoires la souplesse nécessaire pour offrir les services médicalement nécessaires dans le cadre le plus approprié et de la manière la plus pertinente. Il reconnaît que les cliniques privées qui dispensent des services médicalement nécessaires peuvent le faire avec efficacité et efficience. Cette politique fédérale ne les empêche pas d'exister, ni de prospérer. La politique fédérale vise à faire en sorte que les services médicalement nécessaires, fournis dans les cliniques privées, soient pleinement assurés par les régimes provinciaux et territoriaux.

Activités d'application de la Loi

Guidées par la Lettre Epp et la Politique fédérale sur les cliniques privées, les activités d'application de la *Loi canadienne sur la santé* se déroulent de la façon suivante :

L'objectif poursuivi en matière de gestion de la *Loi canadienne sur la santé* est de collaborer à l'atteinte et au maintien de la conformité des provinces et territoires aux principes de la *Loi*. Lorsqu'une possibilité d'infraction est relevée, la question est souvent réglée à l'échelon des hauts fonctionnaires, sans application de pénalités. Il s'agit là de la démonstration que le gouvernement fédéral, d'une part, et les gouvernements provinciaux et territoriaux, d'autre part, souscrivent mutuellement aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

La *Loi canadienne sur la santé* prévoit aussi un processus de consultation en cas de non-conformité aux conditions d'octroi ou à celles portant sur l'information et la reconnaissance. Si le ministre fédéral estime qu'un régime provincial ou territorial ne satisfait pas à l'une de ces conditions, un montant peut être retenu sur la contribution fédérale. Avant de renvoyer le cas au gouverneur en conseil, le ministre doit en aviser la province ou le territoire, lui offrir la possibilité de clarifier sa position, consigner les constatations dans un rapport et, si le ministre de la Santé de la province ou du territoire en fait la demande, rencontrer ce dernier pour discuter du cas. Le gouverneur en conseil ne rend un décret de réduction ou de retenue que s'il est convaincu que la province ou le territoire ne satisfait plus à l'une des conditions d'octroi ou de versement.

Dispositions relatives aux pénalités prévues par la Loi

Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs

Les dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs sont décrits aux articles 18 à 21 de la *Loi canadienne sur la santé*. La *Loi* stipule qu'une province ou un territoire a droit à la pleine contribution pécuniaire à l'égard des services de santé assurés si aucun paiement effectué par son régime d'assurance-santé n'a fait l'objet d'une surfacturation. En outre, la province ou le territoire ne doit pas permettre l'imposition de frais modérateurs pour des services de santé assurés par son régime d'assurance-santé, sauf selon les modalités établies au paragraphe 19 (2), qui vise les personnes souffrant de maladies chroniques et séjournant de façon plus ou moins permanente dans un hôpital ou

un autre établissement. S'il est établi que la province ou le territoire permet la surfacturation, les frais modérateurs ou les deux, une somme doit obligatoirement être retenue sur la contribution en espèces du gouvernement fédéral. Le montant retenu pour une année financière est celui que le ministre de la Santé détermine d'après les renseignements fournis par la province ou le territoire, conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Ce montant est égal au total des frais modérateurs imposés ou de la surfacturation effectuée. Lorsqu'une province ou un territoire ne fournit pas les renseignements requis par le Règlement, le montant retenu est celui que le Ministre estime perçu en frais modérateurs et en surfacturation, conformément aux paragraphes 20 (1), 20 (2) et 20 (3) de la *Loi canadienne sur la santé*.

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

En vertu du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, pris en application de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires doivent soumettre une estimation des montants de surfacturation et de frais modérateurs qui seront perçus pour des services assurés, et ce avant le début de chaque année financière, ainsi que des états financiers indiquant le montant réel total perçu pour chaque type. L'objectif visé par l'obtention des états financiers des provinces et des territoires est de vérifier et confirmer l'exactitude des montants retenus sur la base des estimations fournies. Les ajustements sont permis.

Conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, Santé Canada envoie, chaque année, des lettres d'appel aux ministres de la Santé des provinces et des territoires. Les estimations soumises par chaque province ou territoire sont utilisées pour conseiller le Ministre sur le droit d'une province ou d'un territoire à recevoir sa pleine contribution en espèces en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), pour l'année financière en question, et pour déterminer le montant des retenues mensuelles, s'il y a lieu.

En vertu du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires doivent transmettre à Santé Canada leurs estimations relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs avant le 1er avril de l'année financière à laquelle elles se rapportent.

À l'exception de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario, toutes les provinces et tous les territoires ont remis une estimation nulle pour 1999-2000. L'Ontario a indiqué dans sa réponse qu'un montant estimatif de 9 000 $ sera perçu par voie de surfacturation pour des services assurés, mais que le ministre de la Santé de la province recouvrera la totalité du montant perçu lorsque les situations de surfacturation auront été confirmées, quel que soit le montant. La surfacturation est interdite dans cette province en vertu de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*. Quant à la Nouvelle-Écosse, elle a estimé qu'un montant de 57 375 $ sera perçu en frais modérateurs auprès des patients d'une clinique privée de la province.

Dispositions concernant les pénalités discrétionnaires

Les dispositions concernant les pénalités discrétionnaires sont décrites aux articles 14 à 17 de la *Loi canadienne sur la santé*. Sur recommandation du ministre de la Santé et selon la gravité du manquement à la *Loi*, le gouverneur en conseil peut réduire le montant transféré à une province et à un territoire ou retenir la totalité de la contribution en espèces.

Si le ministre de la Santé juge qu'il y a possibilité de non-conformité à des conditions d'octroi ou de versement, le processus prévu dans la *Loi* est mis en branle. Avant de renvoyer le cas au gouverneur en conseil, le Ministre écrit au ministre de la Santé de la province ou du territoire, par courrier recommandé, pour l'aviser des préoccupations soulevées et des problèmes prévisibles. Cette lettre avise officiellement la province ou le territoire de l'existence de préoccupations au titre de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne la prestation de services de santé assurés dans cette province ou ce territoire.

Le ministre fédéral de la Santé entreprend ensuite des discussions bilatérales avec la province ou le territoire pour obtenir des renseignements additionnels sur le problème; et il doit faire rapport à la province ou au territoire dans les 90 jours suivant l'envoi de l'avis. La province ou le territoire peut, pour discuter du rapport, rencontrer le Ministre dans un délai raisonnable.

Il n'est pas nécessaire de prendre d'autres mesures si, au cours de la consultation, la province ou le territoire règle le problème de non-conformité dans un délai que le Ministre juge raisonnable. Si le Ministre conclut à l'impossibilité d'une consultation, il peut renvoyer l'affaire sans consultation préalable. Si aucune solution acceptable n'est trouvée, le Ministre renvoie le cas au gouverneur en conseil, qui peut ordonner la réduction de la contribution en espèces versée dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) ou une retenue sur cette contribution. La pénalité imposée peut être appliquée de nouveau pour chaque année financière ultérieure, après consultation du ministre de la Santé de la province ou du territoire, aussi longtemps que la situation prévaudra.

À ce jour, les dispositions de la *Loi* sur les pénalités discrétionnaires n'ont jamais été appliquées.

Historique des retenues

Pénalités depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*

Les pénalités qui ont été perçues jusqu'à maintenant peuvent être regroupées en trois périodes. Au cours de la période de 1984 à 1987, un montant total de 246 732 milliers de dollars a été retenu sur les transferts à sept provinces qui permettaient la surfacturation et/ou les frais modérateurs. En vertu du paragraphe 20(5) de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires disposaient d'une période de grâce pour corriger la situation et se conformer aux dispositions de la *Loi* concernant la surfacturation et les frais modérateurs. Ainsi, les retenues relatives à ces frais pouvaient être récupérées par la province ou le territoire si les frais en questions étaient éliminés avant le 1er avril 1987. Une province ou un territoire qui mettait fin à la surfacturation et aux frais modérateurs dans les trois années suivant l'entrée en vigueur de la *Loi*, soit avant le 1er avril 1987, pouvait récupérer le montant total retenu. En 1986-1987, toutes les provinces et tous les territoires sont devenus admissibles et toutes les retenues appliquées de 1984 à 1987 ont été remboursées.

La deuxième série de retenues était liée aux cas de surfacturation en Colombie-Britannique entre 1992 et 1995. Ces retenues non remboursables totalisant 2 025 milliers de dollars ont pris fin lorsque la *Medicare Protection Act*, déposée en juin 1995 par le gouvernement de la Colombie-Britannique, est entrée en vigueur le 30 septembre suivant, interdisant du même coup la surfacturation des médecins participant au régime de soins de santé de la province.

La troisième série de retenues a été effectuée en vertu de la politique fédérale sur les cliniques privées, qui accordait aux provinces et

aux territoires jusqu'au 15 octobre 1995 pour réglementer les cliniques privées et mettre fin à la facturation directe des patients pour des services médicalement nécessaires. En novembre 1995, conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* de la *Loi canadienne sur la santé* et à la politique fédérale sur les cliniques privées, le gouvernement du Canada a imposé des retenues sur les transferts à Terre-Neuve et Labrador, à la Nouvelle-Écosse, au Manitoba, et à l'Alberta, en raison de la facturation de certains services médicalement nécessaires par des cliniques privées. Les retenues sur les transferts de l'Alberta ont pris fin en juillet 1996, et celles de Terre-Neuve et Labrador et du Manitoba le 1er janvier 1998 et le 1er janvier 1999, respectivement. La Nouvelle-Écosse, qui ne se conforme toujours pas à la *Loi*, fait encore l'objet de pénalités à raison de 4 780 $ par mois.

Les tableaux 1 et 2 présentent les détails des retenues, par province ou territoire, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*.

Enquêtes concernant les activités de non-conformité possibles

La démarche privilégiée par Santé Canada pour le règlement des cas de non-conformité éventuelle met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue. La plupart du temps, les situations sont réglées par l'entremise de consultations et de discussions fondées sur l'examen approfondi des faits. Les pénalités ne sont appliquées que lorsque les autres moyens de résolution échouent.

La politique du gouvernement fédéral, quant à la résolution de problèmes de non-conformité, consiste à travailler en collaboration avec les provinces et les territoires de manière informelle. Le gouvernement fédéral a aussi effectué, sur demande, des évaluations de projets provinciaux et territoriaux; et il a offert son aide en ce qui concerne l'interprétation des politiques. De nombreux mécanismes de résolution ont été mis de l'avant pour y parvenir, notamment : les conférences des ministres et des sous-ministres fédéral-provinciaux-territoriaux de la Santé; les comités consultatifs fédéraux-provinciaux-territoriaux en place et les comités spéciaux; et d'autres réunions, discussions et négociations bilatérales et multilatérales.

À ce jour, presque toutes les disputes et les questions liées à l'administration et à l'application de la *Loi canadienne sur la santé* ont été traités et réglés sans pénalités. Ce fut le cas, par exemple, lors du refus par l'Île-du-Prince-Édouard de permettre l'inscription à son régime d'assurance-santé des résidents de la province ne possédant pas un numéro d'assurance sociale.

Au cours de l'exercice financier 1999-2000, Santé Canada a entrepris des enquêtes relativement à trois questions précises. Ces trois enquêtes sont toujours en cours.

Québec - Allégations de facturation de frais d'établissements

À la suite de commentaires dans les médias, le gouvernement du Québec a entrepris une enquête concernant les allégations voulant qu'une clinique privée de Montréal faisait débourser directement les patients pour l'usage de salles d'opération tout en facturant la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour des service médicaux assurés.

Les frais prétendument imputés aux patients correspondraient à des frais modérateurs aux termes de la *Loi canadienne sur la santé* et de la politique fédérale sur les cliniques privées.

La Régie de l'assurance-maladie du Québec fait enquête sur cette question. Les fonctionnaires de Santé Canada attendent la réponse du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec sur le statut de cette enquête.

Ontario - Allégations d'accès préférentiel pour des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM)

En décembre 1999, Santé Canada a appris que certaines personnes avaient acheté des services d'IRM dans un hôpital public en s'adressant directement à Ontario MRI, une entreprise privée qui, en vertu de contrats avec des hôpitaux publics, offre des services d'IRM non assurés (offerts par des tiers payeurs). La législation ontarienne interdit la facturation des services médicalement nécessaires. Santé Canada a demandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario confirme qu'aucune personne assurée n'est facturée pour des services d'IRM.

Alberta - Allégations d'accès préférentiel et de surfacturation pour la chirurgie de la cataracte

En janvier 2000, l'Association des consommateurs du Canada (chapitre de l'Alberta) a allégué que des patients, qui défrayaient des services de catégorie supérieure dans des cliniques privées, avaient accès plus rapidement au traitement chirurgical de la cataracte. Les médias ont également allégué qu'une personne avait eu un accès préférentiel à une chirurgie de la cataracte en défrayant une chirurgie réfractaire - un service non assuré par le régime d'assurance-santé de l'Alberta - pendant laquelle on a enlevé les cataractes de cette personne.

Le gouvernement de l'Alberta a demandé un avis au *College of Physicians and Surgeons of Alberta* afin de déterminer si une chirurgie réfractaire, effectuée sur une personne ayant des cataractes, est en fait une chirurgie de la cataracte. Santé Canada recevra l'avis du Collège, lorsqu'il sera disponible, et se renseignera sur les mesures que prévoit prendre le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Tableau 1 — Retenues annuelles, par province et territoire, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*

(en milliers de dollars)

Province/ Territoire	1984-1985*		1985-1986*		1986-1987*		1987-1992		1992-1993		1993-1994		1994-1995	
	Surfactu-ration	Frais modéra-teurs	Surfactu-ration	Frais modéra-teurs	Surfactu-ration	Frais modéra-teurs	Surfactu-ration	Frais modéra-teurs	Surfactu-ration	Frais modéra-teurs	Surfactu-ration	Frais modéra-teurs	Surfactu-ration	Frais modéra-teurs
Terre-Neuve et Labrador							Il n'y a pas eu de retenues au cours de cette période							
Île-du-Prince-Édouard														
Nouvelle-Écosse														
Nouveau-Brunswick	63	3 015	84	3 222	206	296								
Québec		7 893		6 139										
Ontario	39 996		55 328		13 332									
Manitoba	810		460											
Saskatchewan	1 451		656											
Alberta	8 109	1 827	9 216	2 640	5 878	1 362								
Colombie-Britannique		22 797		30 620		31 332			83		1 223		676	
Yukon														
Territoires du Nord-Ouest														
Nunavut														
Totaux annuels	50 429	35 532	65 744	42 621	19 416	32 990			83		1 223		676	

* Remboursés, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, des retenues effectuées au cours de la période de 1984-1985 à 1986-1987.

M121

IMPORTANT NOTE CONCERNING THE FOLLOWING PAGES

THE PAGES WHICH FOLLOW HAVE BEEN FILMED TWICE IN ORDER TO OBTAIN THE BEST REPRODUCTIVE QUALITY

USERS SHOULD CONSULT ALL THE PAGES REPRODUCED ON THE FICHE IN ORDER TO OBTAIN A COMPLETE READING OF THE TEXT.

REMARQUE IMPORTANTE CONCERNANT LES PAGES QUI SUIVENT

LES PAGES SUIVANTES ONT ÉTÉ REPRODUITES EN DOUBLE AFIN D'AMÉLIORER LA QUALITÉ DE REPRODUCTION

LES UTILISATEURS DOIVENT CONSULTER TOUTES LES PAGES REPRODUITES SUR LA FICHE AFIN D'OBTENIR LA LECTURE DU TEXTE INTÉGRAL

micromedia
a division of IHS Canada

20 Victoria Street
Toronto, Ontario M5C 2N8
Tel.: (416) 362-5211
Toll Free: 1-800-387-2689
Fax: (416) 362-6161
Email: info@micromedia.on.ca

Tableau 1 — Retenues annuelles par province et territoire, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* *(suite)*

(en milliers de dollars)

Province/ Territoire	1995-1996		1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		TOTAL De 1984-1985 à 1999-2000		
	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	*Total*
Terre-Neuve et Labrador		46		96		128		53				323	*323*
Île-du-Prince-Édouard													
Nouvelle-Écosse		32		72		57		39		57		257	*257*
Nouveau-Brunswick											353	6 533	*6 886*
Québec												14 032	*14 032*
Ontario											108 656		*108 656*
Manitoba		269		588		587		612			1 270	2 056	*3 326*
Saskatchewan											2 107		*2 107*
Alberta		2 319		1 266							23 203	9 414	*32 617*
Colombie-Britannique	43										2 025	84 749	*86 774*
Yukon													
Territoires du Nord-Ouest													
Nunavut													
Totaux annuels	43	2 666		2 022		772		704		57	137 614	117 364	*254 978*

Tableau 1 — Retenues annuelles par province et territoire, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* (suite)

(en milliers de dollars)

Province/ Territoire	1995-1996		1996-1997		1997-1998		1998-1999		1999-2000		TOTAL De 1984-1985 à 1999-2000		
	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	Surfacturation	Frais modérateurs	*Total*
Terre-Neuve et Labrador		46		96		128		53				323	*323*
Île-du-Prince-Édouard													
Nouvelle-Écosse		32		72		57		39		57		257	*257*
Nouveau-Brunswick											353	6 533	*6 886*
Québec												14 032	*14 032*
Ontario											108 656		*108 656*
Manitoba		269		588		587		612			1 270	2 056	*3 326*
Saskatchewan											2 107		*2 107*
Alberta		2 319		1 266							23 203	9 414	*32 617*
Colombie-Britannique	43										2 025	84 749	*86 774*
Yukon													
Territoires du Nord-Ouest													
Nunavut													
Totaux annuels	43	2 666		2 022		772		704		57	137 614	117 364	*254 978*

Tableau 2 — Sommaire de retenues, par province et territoire, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*

(en milliers de dollars)

Province/ Territoire	Total des retenues effectuées de 1984-1985 à 1999-2000			Remboursements effectués pour la période de 1984-1985 à 1986-1987*			Retenues nettes effectuées pour la période de 1984-1985 à 1999-2000		
	Surfacturation	Frais modérateurs	Total	Surfacturation	Frais modérateurs	Total	Surfacturation	Frais modérateurs	Total
Terre-Neuve et Labrador		323	323					323	323
Île-du-Prince-Édouard									
Nouvelle-Écosse		257	257					257	257
Nouveau-Brunswick	353	6 533	6 886	(353)	(6 533)	(6 886)			
Québec		14 032	14 032		(14 032)	(14 032)			
Ontario	108 656		108 656	(108 656)		(108 656)			
Manitoba	1 270	2 056	3 326	(1 270)		(1 270)		2 056	2 056
Saskatchewan	2 107		2 107	(2 107)		(2 107)			
Alberta	23 203	9 414	32 617	(23 203)	(5 829)	(29 032)		3 585	3 585
Colombie-Britannique	2 025	84 749	86 774		(84 479)	(84 749)	2 025		2 025
Yukon									
Territoires du Nord-Ouest									
Nunavut									
Totaux annuels	137 614	117 364	254 978	(135 589)	(111 143)	(246 732)	2 025	6 221	8 246

* Remboursés, conformément à la Loi canadienne sur la santé, des retenues effectuées au cours de la période de 1984-1985 à 1986-1987.

Tableau 2 — Sommaire de retenues, par province et territoire, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*

(en milliers de dollars)

Province/ Territoire	Total des retenues effectuées de 1984-1985 à 1999-2000			Remboursements effectués pour la période de 1984-1985 à 1986-1987*			Retenues nettes effectuées pour la période de 1984-1985 à 1999-2000		
	Surfacturation	Frais modérateurs	Total	Surfacturation	Frais modérateurs	Total	Surfacturation	Frais modérateurs	Total
Terre-Neuve et Labrador		323	323					323	323
Île-du-Prince-Édouard									
Nouvelle-Écosse		257	257					257	257
Nouveau-Brunswick	353	6 533	6 886	(353)	(6 533)	(6 886)			
Québec		14 032	14 032		(14 032)	(14 032)			
Ontario	108 656		108 656	(108 656)		(108 656)			
Manitoba	1 270	2 056	3 326	(1 270)		(1 270)		2 056	2 056
Saskatchewan	2 107		2 107	(2 107)		(2 107)			
Alberta	23 203	9 414	32 617	(23 203)	(5 829)	(29 032)		3 585	3 585
Colombie-Britannique	2 025	84 749	86 774		(84 479)	(84 749)	2 025		2 025
Yukon									
Territoires du Nord-Ouest									
Nunavut									
Totaux annuels	137 614	117 364	254 978	(135 589)	(111 143)	(246 732)	2 025	6 221	8 246

* Remboursés, conformément à la Loi canadienne sur la santé, des retenues effectuées au cours de la période de 1984-1985 à 1986-1987.

Contributions et versements du gouvernement fédéral

La *Loi canadienne sur la santé* établit les conditions d'octroi et de versement applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé, que les régimes provinciaux et territoriaux doivent respecter pour que la contribution en espèces selon le transfert canadienne au matière de santé et de programmes sociaux soit versée intégralement. La présente section décrit l'évolution des accords de financement fédéraux prévus pour ces services, et les retenues en espèces effectuées au cours de l'exercice 1999-2000.

Accords fédéraux-provinciaux-territoriaux de financement en matière de santé

Depuis que le gouvernement fédéral a commencé à contribuer aux régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé en 1957, les accords visant ces contributions ont évolué. Avant 1977, le gouvernement fédéral partageait les frais des services hospitaliers et des services médicaux avec les provinces et les territoires. En 1977, le partage des frais a été remplacé par un financement global (Financement des programmes établis - FPE). Le 1er avril 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) a remplacé le FPE et le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC); le TCSPS continue à soutenir, par des transferts de fonds et des transferts fiscaux, les programmes de santé et les autres programmes sociaux offerts par les provinces et les territoires. Ces accords sont décrits dans la section qui suit. Des renseignements supplémentaires au sujet des programmes et des accords fiscaux fédéraux sont disponibles auprès du ministère des Finances.

Partage des frais

À l'origine, la contribution fédérale aux régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux était fonction des coûts déboursés par les provinces et les territoires pour offrir des services hospitaliers assurés. En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957), le gouvernement fédéral remboursait aux provinces et aux territoires environ 50 % du total des coûts de fonctionnement. De même, en vertu de la *Loi sur les services médicaux* (1968), la contribution fédérale au soutien des soins médicaux était égale à la moitié du coût national par habitant des services assurés du régime national, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province et territoire.

Financement des programmes établis

En 1977, les accords de partage des frais ont été remplacés par le Financement des programmes établis (FPE). À la différence des accords de partage des frais antérieurs, le FPE était un système de financement global et n'était plus illimité, même si le financement – dès les débuts du FPE et durant presque toute son existence – était calculé en fonction de la croissance économique, à l'aide de diverses formules.

Sous le régime du FPE, des transferts de fonds et des transferts fiscaux étaient consentis aux provinces et aux territoires pour soutenir la

santé et l'enseignement postsecondaire. Exception faite des premières années, les provinces et les territoires recevaient un montant égal par habitant (transferts de fonds et transferts fiscaux).

Le transfert de points d'impôt donnait aux provinces et aux territoires les avantages de la taxation, qui, autrement, seraient revenus au gouvernement fédéral. Les provinces et les territoires pouvaient ainsi percevoir leurs propres recettes fiscales pour appuyer la santé et l'enseignement postsecondaire.

Les transferts fiscaux étaient établis en fonction de la valeur des points d'impôt transférés par le gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires (13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés).

Pendant la presque totalité de l'existence du FPE, la fraction en espèces était déterminée à titre de valeur résiduelle. Pour déterminer la somme payable en espèces, il fallait déduire de la contribution totale par habitant la valeur du transfert fiscal total. La contribution en espèces comprenait un composante « services de santé assurés » (services hospitaliers et services médicaux jugés médicalement nécessaires) et une composante « services complémentaires de santé ». Cette dernière était répartie selon la formule du montant égal par habitant. Les fonds en espèces étaient transférés chaque mois à la province ou au territoire, si le régime provincial ou territorial avait respecté les conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*.

En 1995-1996, la dernière année du FPE, les provinces et les territoires ont reçu au total (fonds et points d'impôt confondus) 22 milliards de dollars au titre du FPE, dont 71,2 pour 100 pour les soins de santé et le reste pour l'enseignement postsecondaire. Le 1er avril 1996 , le FPE et le Régime d'assistance publique du Canada (régime de partage des frais pour les services sociaux et les programmes d'aide sociale) ont été remplacés par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)

Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), annoncé par le gouvernement fédéral dans le budget de 1995, est entré en vigueur le 1er avril 1996. Au début, les provinces et les territoires touchaient la même part en vertu du TCSPS qu'en vertu du Régime d'assistance publique (RAPC) du Canada et du Financement des programmes établis. La répartition provinciale-territoriale établie sous le régime des programmes antérieurs demeurait la même sous le TCSPS.

Le TCSPS a remplacé les transferts du FPE et du RAPC. Le TCSPS est un financement global, qui combine des transferts de fonds et des transferts fiscaux aux gouvernements provinciaux et territoriaux, au titre de la santé, de l'enseignement postsecondaire, et des programmes de services sociaux et d'aide sociale.

Pour l'exercice 1999-2000, les paiements au titre du TCSPS ont été de 29,4 milliards de dollars, sous forme de transferts de points d'impôts et de contributions en espèces (estimations d'octobre 2000).

Versement des paiements au titre du TCSPS

Le ministère des Finances assure le versement des paiements du TCSPS aux provinces et aux territoires depuis le 1er avril 1996. Cependant, le ministre de la Santé demeure responsable de déterminer le montant des retenues à effectuer en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, y compris de celles concernant la surfacturation et les frais modérateurs, et de communiquer ces montants au ministère des Finances avant les dates de paiement. Le ministère des Finances fait ensuite les retenues effectives sur les paiements bimensuels versés au titre du TCSPS aux provinces et aux territoires.

Retenues en 1999-2000

Au cours de 1999-2000, des retenues ont été faites sur les paiements du TCSPS en raison de l'imposition de frais modérateurs pour une seule province, la Nouvelle-Écosse. Un total de 57 360 $ a été soustrait de la somme à laquelle avait droit la Nouvelle-Écosse.

Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

Au cours de l'exercice 1999-2000, les régimes d'assurance-santé des provinces et territoires ont continué d'offrir l'accès à une gamme complète de services hospitaliers et médicaux ainsi qu'à des services complémentaires de santé.

Dans la plupart des provinces et des territoires, on a annoncé ou mis en oeuvre, au cours de l'année 1999-2000, de nouvelles mesures liées aux ressources humaines en santé, plus particulièrement en ce qui concerne les médecins et le personnel infirmier.

Ces mesures comprennent des stratégies de recrutement et de rétention des médecins; une augmentation du nombre de postes de formation pour les étudiants en médecine; un enrichissement des programmes de bourses d'études pour les étudiants de premier cycle en médecine et pour les médecins résidents; des améliorations aux programmes de formation afin de favoriser l'exercice de la médecine en milieu rural; et l'attribution de nouveaux fonds pour l'ajout de postes en soins infirmiers.

Les autorités provinciales et territoriales ont également pris des mesures, en 1999-2000, pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés. Ces mesures comprennent l'ouverture de nouveaux lits pour des soins aigus et chroniques, des ressources additionnelles pour réduire les listes d'attente pour les soins médicaux, les chirurgies et les traitements aux cancéreux; l'achat et l'installations de nouveaux appareils de diagnostic de haute technologie, tels que des appareils d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) et de tomographie par ordinateur (TO); et l'extension des services de télésanté.

Toutes les provinces et les territoires fournissent des services de santés assurés qui excèdent les exigences de la *Loi*. Parmi ces services figurent des programmes tels que l'assurance-médicaments, les soins à domicile, les services ambulanciers, et les aides à la vie autonome. Ces services sont offerts à la discrétion des provinces et des territoires, selon des conditions établies par celles-ci et ne sont pas soumis à l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les renseignements contenus dans cette section ont été communiqués par les provinces et les territoires. Pour des raisons d'uniformité et de rigueur, cette information a été organisée selon un modèle dont Santé Canada a discuté avec les représentants de chaque province ou territoire. Les responsables ont été priés de fournir une description narrative du régime d'assurance-santé de leur province ou territoire, en fonction des conditions d'octroi mentionnés dans la *Loi*. En outre, ils devaient décrire la manière dont leur gouvernement a satisfait à l'obligation, prévue dans la *Loi*, de faire état de la contribution fédérale au soutien des services de santé assurés et complémentaires. Enfin, ils devaient décrire la gamme des services complémentaires de santé offerts sous leur responsabilité; indiquer où ces services comprennent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.

Veuillez prendre note que le Québec a soumis la description de son régime d'assurance-santé en suivant le format utilisé dans les éditions précédentes du *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé*. Cette province a choisi de ne pas soumettre l'information selon la manière et avec les détails demandés par Santé Canada, tel que mentionné ci-dessous dans la préface de la description québécoise.

En plus des descriptions des régimes provinciaux et territoriaux suivants, toutes les autorités à l'exception du Québec ont fourni des données statistiques sur le coût et l'utilisation des services assurés, tant hospitaliers que médicaux, dans une nouvelle annexe qui apparaît à la fin du présent document. On y donne des détails sur les services reçus dans la province ou le territoire de résidence du patient et sur les services reçus ailleurs au Canada ou à l'étranger.

Conditions d'octroi

La *Loi canadienne sur la santé* prévoit cinq conditions d'octroi.

Gestion publique (LCS, article 8)

La première condition d'octroi est la gestion publique. Elle demande que le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire fonctionne et soit géré sans but lucratif par une autorité publique relevant du gouvernement de la province ou du territoire et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

La sous-section 1.0 de chaque description provinciale ou territoriale se rapporte à la condition d'octroi sur la gestion publique. Sont inclus ici le nom du régime d'assurance-santé, l'autorité publique responsable de la gestion du régime, une description des liens hiérarchiques entre le ministre provincial ou territorial de la Santé et l'autorité publique responsable du régime, et un résumé du processus de vérification mis en place pour examiner les transactions et les comptes financiers du régime.

Intégralité (LCS, article 9)

La deuxième condition d'octroi est l'intégralité. Elle demande que tous les services de santé médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins soient assurés par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. La *Loi* exige également que soit assurée toute intervention de chirurgie dentaire nécessaire du point de vue médical ou dentaire et pratiquée par un dentiste dans un hôpital, lorsque l'intervention doit être effectuée dans un hôpital pour donner de bons résultats.

L'information relative à l'intégralité des plans d'assurance-santé provinciaux et territoriaux se retrouve à la sous-section 2.0 de chaque description. Sont inclus ici des modifications aux dispositions législatives visant les services assurés, apportées au cours de 1999-2000; des précisions sur la gamme de services assurés sous le régime et sur les possibilités de prestation en dehors du régime; et des détails sur les services dispensés par les hôpitaux, les médecins et les dentistes, non compris dans le régime.

Universalité (LCS, article 10)

La troisième condition d'octroi est l'universalité. Elle demande que toutes les personnes assurées de la province ou du territoire aient droit aux services de santé offerts par le régime d'assurance-santé de cette province ou de ce territoire, selon des modalités uniformes.

L'information relative à l'universalité se retrouve à la sous-section 3.0 de chaque description provinciale ou territoriale. Sont incluses ici les exigences touchant l'admissibilité au régime d'assurance-santé et les exigences en matière d'inscription; ainsi que des précisions, le cas échéant, sur les primes d'assurance-santé et sur l'assurance prévue pour certaines catégories spéciales de personnes, comme les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires et les réfugiés.

Transférabilité (LCS, article 11)

La quatrième condition d'octroi est la transférabilité. Elle demande que le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire n'impose pas de période minimale de résidence ou de carence supérieure à trois mois pour qu'un résident de la province ou du territoire soit admissible aux services de santé assurés. De plus, le régime doit offrir et payer les services assurés, reçus par une personne assurée pendant qu'elle est temporairement absente de la province ou du territoire, ou pendant la période minimale de résidence ou de carence imposée par le régime d'assurance-santé d'une autre province ou d'un autre territoire.

L'information relative aux paramètres de transférabilité des plans d'assurance-santé provinciaux et territoriaux se retrouve à la sous-section 4.0 de chaque description.

Accessibilité (LCS, article 12)

La cinquième condition d'octroi est l'accessibilité. Elle demande que le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire offre l'accès aux services de santé assurés, selon des modalités uniformes, et ne fasse pas obstacle à un accès satisfaisant aux services par les personnes assurées. De plus, le régime doit payer les services assurés selon un tarif, ou un autre système de paiement, autorisé par la *Loi* de la province ou du territoire. Le régime doit également prévoir la rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins et les dentistes, et défrayer les services assurés aux hôpitaux.

La sous-section 5.0 concerne l'accessibilité. Sont inclus ici des détails relatifs aux services hospitaliers et aux ressources dans chaque province ou territoire (lits, personnel infirmier, autres professionnels de la santé, matériel médical, chirurgical, de réadaptation et de diagnostic); des mesures prises par la province ou le territoire, en 1999-2000, pour faciliter l'accès aux services hospitaliers assurés et réduire les listes d'attente; ainsi que l'accessibilité des médecins et les mesures prises à cet égard.

Condition de versement

La *Loi canadienne sur la santé* demande que les provinces et les territoires fassent état des contributions reçues en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé offerts dans la province ou le territoire.

La sous-section 6.0 de chaque description concerne la façon avec laquelle chaque province ou territoire a fait rapport, en 1999-2000, relativement au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

Services complémentaires de santé

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les « services complémentaires de santé » désignent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.

La sous-section 7.0 de chaque description provinciale ou territoriale donne de l'information sur des services de santé, tant assurés que non assurés, tels que : maisons de repos publiques, soins et soutien à domicile, soins ambulatoires, établissements de soins de longue durée ainsi que les services de santé mentale et psychiatrique. Plusieurs provinces et territoires ont fourni des détails sur des services assurés excédant les exigences premières de la *Loi canadienne sur la santé*.

Terre-Neuve et Labrador

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé gérés par le ministère de la Santé et des Services communautaires comprennent le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-soins médicaux (RASM). Les deux régimes sont sans but lucratif et toutes les transactions sont vérifiées par le Vérificateur général de la province.

La *Hospital Insurance Agreement Act*, amendée en 1994, est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Cette loi précise que le ministre peut établir des règlements relatifs à la prestation des services assurés aux habitants de la province, selon des termes et conditions uniformes et conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et des règlements y afférents. Les principales dispositions incluent les règlements sur l'assurance-hospitalisation.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) a été sanctionnée le 14 décembre 1999 et est entrée en vigueur le 1er avril 2000. Cette loi a remplacé la *Medical Care Insurance Act* qui était en vigueur auparavant. Essentiellement, la nouvelle loi a aboli la Medical Care Commission qui détenait auparavant la responsabilité de l'administration du RASM et elle a créé la Division du régime d'assurance-soins médicaux (RASM) au sein du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Le mandat de la Division du RASM est d'administrer le programme d'assurance-soins médicaux destiné aux habitants de Terre-Neuve et du Labrador.

La Division du RASM a la responsabilité de faciliter la prestation de soins médicaux complets à tous les habitants de la province grâce à l'établissement de politiques, procédures et systèmes qui permettent de compenser les fournisseurs de façon adéquate pour la prestation de services professionnels assurés.

La Division agit conformément aux dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et des règlements y afférents de même qu'en conformité avec les critères de la *Loi canadienne sur la santé*.

1.2 Liens hiérarchiques

Un rapport annuel sur le RASM est soumis au ministre le ou avant le 30e jour de septembre de chaque année. Ce rapport est ensuite soumis à la House of Assembly (Chambre d'assemblée) au cours des dix premiers jours de délibérations qui suivent l'ouverture de la Chambre.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le Vérificateur général de la province effectue un examen autonome des états financiers du RASM. Le Vérificateur général dispose d'un accès complet et illimité aux dossiers du RASM.

Le rapport annuel sur le RASM inclut une copie du plus récent rapport du Vérificateur général.

Les conseils d'administration des hôpitaux sont soumis à des vérifications des états financiers, à des missions d'examens et à des vérifications de la conformité aux autorisations légales. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des firmes de vérification indépendantes choisies par les conseils, conformément aux

dispositions de la *Public Tendering Act*. Les missions d'examens et les vérifications de la conformité aux autorisations légales sont effectuées par le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Des vérifications auprès des médecins sont effectuées par le ministère de la Santé et des Services communautaires, en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de Terre-Neuve. Les dossiers des médecins sont étudiés afin de garantir qu'ils correspondent bien aux services facturés et que ces services sont assurés en vertu du régime d'assurance-santé.

Des vérifications auprès des bénéficiaires sont effectuées par le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires, en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de Terre-Neuve. Les personnes sont choisies au hasard à toutes les deux semaines.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Agreement Act* et les règlements y afférents régissent les services hospitaliers assurés de Terre-Neuve et du Labrador. Les services hospitaliers assurés sont fournis par 34 établissements répartis dans l'ensemble de la province. Les services aux patients hospitalisés comprennent : l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune; les services infirmiers; les actes de laboratoires, de radiologie et autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes; l'usage médical et chirurgical des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les services de réadaptation (par ex., physiothérapie, praxithérapie, orthophonie et audiologie).

Les services assurés aux patients externes comprennent : les actes de laboratoires, de radiologie et autres actes de diagnostic; les services de réadaptation; les consultations externes et d'urgence; les chirurgies d'un jour; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes médicalement nécessaires administrés à l'hôpital.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante pour les services médicaux assurés est la même que celle qui est mentionnée dans la section 1.1, c'est-à-dire la *Medical Care Insurance Act* (1999) qui a été amendée en décembre 1999. L'amendement a été effectué dans le seul but de résoudre les problèmes d'administration interne causés par le déclassement du RASM et sa intégration au ministère de la Santé et des Services communautaires.

En vertu de la *Medical Care Insurance Act*, les autres lois applicables comprennent :

- les *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- les *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations*; ainsi que;
- les *Medical Care Insurance Physician and Fee Regulation*.

Les médecins habilités ont l'autorisation de fournir les services médicaux assurés en vertu du régime d'assurance de Terre-Neuve et du Labrador. Pour pratiquer dans la province, un médecin doit détenir un permis émis par le Newfoundland Medical Board (conseil des médecins de Terre-Neuve).

En 1999-2000, 840 médecins rémunérés à l'acte ont donné des services assurés rémunérés à l'acte dans la province.

Les médecins peuvent opter pour le retrait du régime d'assurance-santé, de la façon décrite dans la section 12 de la *Medical Care Insurance Act* (1999), soit :

- « Si un médecin donnant des services assurés n'est pas un médecin participant, il ou elle n'est pas soumis à la présente Loi ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés ou au paiement de ces services au moment où il fournit un service assuré à un patient, sauf qu'il ou elle doit :

- avant de donner le service assuré, s'il ou elle désire se réserver le droit de facturer le patient pour le service en question un montant qui excède celui payable par le ministère en vertu de la présente Loi, informer le patient qu'il ou elle n'est pas un médecin participant et qu'il ou elle peut donc facturer le patient directement;
- fournir au patient à qui il ou elle a donné le service assuré les renseignements exigés par le ministère pour qu'il autorise le versement au patient du paiement du service assuré, en vertu de la présente Loi. » [traduction libre]

En date du 31 mars 2000, il n'existait dans la province aucun médecin non participant.

Aux fins de l'application de la Loi, les services suivants sont couverts :

- tous les services donnés de façon justifiée et adéquate par des médecins à des patients souffrant d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical; les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente; les services de laboratoires, de radiologie et autres services de diagnostic donnés dans des hôpitaux, approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et des règlements y afférents.

Il n'existe aucune restriction quant aux services couverts, pourvu qu'ils respectent l'une ou plus d'une des conditions décrites ci-devant.

En 1999-2000, aucun service n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés couverts par le régime d'assurance-santé de Terre-Neuve et du Labrador.

La direction du ministère a demandé d'ajouter un service médical à la liste de services assurés. Ce processus a été entrepris à la suite de consultations menées par le ministère auprès de divers intervenants, y compris auprès de l'association médicale provinciale. Il devrait y avoir une consultation publique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les traitements de chirurgie dentaire effectués par un dentiste sur un patient, de façon justifiée et adéquate, et donnés à l'hôpital sont couverts par le RASM si le traitement est d'un type précisé dans la liste de services de chirurgie dentaire assurés.

Tous les dentistes détenteurs d'un permis de pratiquer à Terre-Neuve et au Labrador et qui bénéficient de privilèges hospitaliers sont autorisés à donner des services de chirurgie dentaire. Le permis de pratiquer la chirurgie dentaire est émis par le Newfoundland Dental Licensing Board (conseil de réglementation sur les soins dentaires de Terre-Neuve).

Les dentistes peuvent opter pour le retrait du régime. Dans ce cas, ils doivent informer les patients de leur statut de dentistes non participants, en précisant les frais auxquels les patients doivent s'attendre et en fournissant au patient un dossier écrit sur les services et les frais facturés. Un seul dentiste fait actuellement partie de la catégorie des dentistes non participants.

L'ajout d'un service chirurgie dentaire dans la liste des services assurés est soumis à l'approbation du ministère de la Santé et des Services communautaires.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique ou autres services jugés non médicalement nécessaires; le transport en ambulance ou autre transport de patient qui a lieu avant l'admission à l'hôpital ou au moment du congé; les soins infirmiers privés demandés par le patient; les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons reliées à l'emploi ou à l'assurance; les médicaments (à l'exception des médicaments anti-rejet et AZT) et appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital; les téléphones, appareils radio ou téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives; les attelles de fibre de verre; les services couverts par la législation sur l'indemnisation des travailleurs ou par tout autre législation fédérale ou provinciale; les services reliés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le Newfoundland Medical Board. L'utilisation des installations hospitalières pour tout service jugé non assuré par le régime d'assurance-santé serait aussi non assurée en vertu du régime d'assurance-hospitalisation.

Aux fins de l'application de la *Medical Care Insurance Act* (1999), voici une liste des services médicaux non assurés :

- tout conseil donné au téléphone par un médecin à un patient;
- la distribution par un médecin de produits médicinaux, médicaments ou appareils médicaux ainsi que la remise ou la rédaction d'ordonnances médicales;
- la préparation par un médecin de dossiers, rapports ou certificats pour un patient ou en son nom ou, encore, toute communication avec un patient ou ayant trait à un patient;
- tout service rendu par un médecin à son épouse ou à ses enfants;
- tout service auquel un patient a droit en vertu
  - (i) d'une loi du Parlement du Canada;
  - (ii) d'une loi de la province;
  - (iii) d'une loi de la législature de n'importe quelle province du Canada;
  - (iv) de toute loi d'un pays ou d'une partie de pays.
- le temps pris ou les dépenses encourues pour se déplacer afin de donner une consultation à un patient;
- les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- l'acupuncture et tous les actes et services relatifs à l'acupuncture, à l'exclusion d'une évaluation initiale spécifiquement reliée au diagnostic de la maladie qu'on se propose de traiter par acupuncture;
- les examens non nécessités par la maladie ou effectués à la demande d'une tierce partie, sauf s'ils sont spécifiés par l'autorité compétente;
- la chirurgie plastique ou tout autre chirurgie effectuée à des fins purement esthétiques, à moins qu'elle ne soit médicalement indiquée;
- le témoignage en Cour;
- les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens ou d'ophtalmologistes qui ont pour seul but de déterminer si des lunettes ou verres de contact nouveaux ou de remplacement sont requis;
- les honoraires des dentistes, chirurgiens dentaires ou omnipraticiens pour des extractions dentaires de routine effectuées à l'hôpital;
- le traitement dentaire au fluorure pour les enfants de moins de 4 ans;

- l'excision de xanthélasmas;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'hypnothérapie;
- l'examen médical pour les conducteurs;
- les traitements de toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- la consultation exigée par les règlements de l'hôpital;
- les avortements thérapeutiques effectués dans la province, mais dans un établissement non approuvé par le *Newfoundland Medical Board*;
- le réassignement sexuel chirurgical, lorsqu'il n'est pas recommandé par le *Clarke Institute of Psychiatry*;
- la fertilisation in-vitro et la stimulation ovarienne accompagnée d'un transfert de sperme;
- la réperméabilisation tubaire;
- le diagnostic chirurgical ou les actes thérapeutiques non fournis à l'entrée en vigueur du présent paragraphe dans les établissements autres que ceux qui sont mentionnés dans la liste de la *Hospitals Act* ou approuvés en vertu du paragraphe 3 (d);
- les autres services qui ne sont pas couverts par la section 3.

Tous les services de diagnostic (par ex., les services de laboratoires et de radiographie) sont donnés dans les établissements publics de la province. La politique hospitalière sur l'accès assure qu'un accès prioritaire n'est pas accordé aux tierces parties.

Les biens et services médicaux mis en place et associés à un service assuré sont donnés au patient gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients conservent le droit d'améliorer les biens ou services médicaux réguliers en payant davantage. Les normes concernant les biens médicaux sont élaborées par les hôpitaux qui donnent ces services, en consultation avec les fournisseurs du service.

Les services de chirurgie dentaire et les autres services non couverts par le *Children's Health Plan*, sont l' honoraire du dentiste, du chirurgien dentaire ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires de routine effectuées à l'hôpital de même que le traitement dentaire au fluorure des enfants âgés de moins de quatre ans.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Les habitants de Terre-Neuve et du Labrador sont admissibles à la couverture offerte en vertu du programme de soins de santé provincial.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) définit un « habitant » comme une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exclusion des personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province.

Les Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations établissent les habitants admissibles à la couverture offerte en vertu des régimes. En tant qu'administratrice des règlements, la RASM a établi des règles pour s'assurer que dans le traitement des demandes, les règlements sont appliqués de façon cohérente et juste.

Les personnes non admissibles à la couverture offerte en vertu des régimes comprennent :

- les étudiants et leurs personnes à charge qui sont déjà couverts par une autre province ou territoire;
- les personnes à charge des habitants, si elles sont couvertes par une autre province ou territoire;

- les détenteurs de statut de réfugié et les demandeurs de statut de réfugié ainsi que leurs personnes à charge;
- les travailleurs étrangers détenant des permis de travail ainsi que leurs personnes à charge qui ne répondent pas aux critères établis;
- les étudiants étrangers et leurs personnes à charge;
- les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite ainsi que leurs personnes à charge;
- le personnel des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada;
- les détenus sous responsabilité fédérale;
- le personnel des Forces armées d'autres pays stationné dans la province.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour avoir accès aux services assurés, il faut s'inscrire en vertu du régime d'assurance-soins médicaux et posséder une carte d'assurance-santé valide.

Les nouveaux résidents sont avisés de faire leur demande d'inscription aussi rapidement que possible après leur arrivée à Terre-Neuve et au Labrador.

Il n'y a aucune prime ou frais directs à débourser pour l'inscription. Si une personne est admissible à la couverture, elle recevra une carte d'assurance-santé en plastique indiquant son numéro d'identité personnel en ce qui a trait à la santé.

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté relève de la responsabilité du ou des parent(s). Le ou les parent(s) d'un nouveau-né se verront remettre un formulaire de demande d'inscription au moment du congé de l'hôpital. Dans la plupart des cas, les demandes de couverture pour un nouveau-né devront être accompagnées du numéro de RASM valide du ou des parent(s). Si le nom de famille de l'enfant diffère de celui du ou des parent(s), un certificat de naissance ou de baptême sera exigé.

Les demandes de couverture pour un enfant adopté devront être accompagnées d'une copie des documents d'adoption officiels, du certificat de naissance de l'enfant ou d'un avis de placement en vue d'une adoption émis par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Les demandes de couverture pour un enfant ayant été adopté à l'extérieur du Canada devront être accompagnées de documents d'immigrant reçu pour l'enfant.

En date du 1er mars 2000, un total de 618 118 bénéficiaires actifs étaient inscrits au Régime d'assurance-soins médicaux de la province.

3.3 Autres catégories de personnes

Les travailleurs étrangers, les ecclésiastiques étrangers, les membres de NATO, les détenteurs de permis ministériels et membres de leurs familles sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées dans une autre province ou territoire qui déménagent à Terre-Neuve et Labrador sont admissibles à la couverture à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes qui arrivent de l'extérieur du Canada pour établir leur résidence dans la province sont admissibles à la couverture le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles

s'appliquent aux membres des Forces canadiennes et de la GRC qui prennent leur retraite et aux détenus libérés de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture soit effective, il est nécessaire de s'inscrire en vertu du Régime d'assurance-soins médicaux. Une couverture immédiate est accordée aux personnes de l'extérieur du Canada qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Une couverture est offerte aux habitants de la province quand ils s'absentent temporairement de la province mais qu'ils restent au Canada. La province a pris des ententes officielles avec les autres provinces et territoires pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Les coûts reliés aux patients hospitalisés sont payés selon des taux normalisés approuvés par la province ou territoire hôte. Les procédures dont le coût est élevé qui sont effectuées sur des patients hospitalisés ainsi que les services donnés aux patients externes sont payables en fonction de taux nationaux auxquels les régimes de santé des provinces et territoires ont consenti.

Dans toutes les provinces et territoires, à l'exception du Québec, les services médicaux assurés sont payés, grâce à une entente de facturation réciproque, aux taux de la province ou territoire hôte. Les réclamations concernant des services médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient à la Newfoundland Medical Care Commission pour paiement aux taux de la province hôte.

Afin d'être admissible à une couverture en dehors de la province, un bénéficiaire doit observer la législation et les règles du RASM en ce qui a trait à la résidence à Terre-Neuve et au Labrador. Pour être admissible comme bénéficiaire, un habitant doit résider dans la province au moins 4 mois consécutifs à chaque période de 12 mois. En général, les règles concernant la couverture médicale et hospitalière durant les absences sont les suivantes :

- avant de quitter la province pour des périodes prolongées, les personnes doivent contacter la RASM pour obtenir un certificat de couverture hors province;
- les bénéficiaires quittant la province pour fins de vacances peuvent recevoir un certificat de couverture hors province initial afin d'être couverts pour une période allant jusqu'à 12 mois. À leur retour, les bénéficiaires doivent résider dans la province pendant un minimum de quatre mois consécutifs. Par la suite, les certificats émis ne le seront que pour une couverture allant jusqu'à 8 mois;
- les étudiants quittant la province peuvent recevoir un certificat, renouvelable à chaque année, à la condition qu'ils fournissent la preuve de leur inscription dans une école reconnue située hors province;
- les personnes quittant la province pour fins d'emploi peuvent recevoir un certificat couvrant une période allant jusqu'à 12 mois - une vérification de l'emploi peut être exigée;
- les personnes ne doivent pas établir leur résidence dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays tout en maintenant leur couverture en vertu du Régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve;
- pour les voyages hors province d'une durée de 30 jours ou moins, un certificat n'est pas exigé, mais il sera émis sur demande;
- pour les voyages hors province d'une durée de plus de 30 jours, un certificat est exigé. Celui-ci servira de preuve de la capacité de payer pour les services de l'habitant alors qu'il se trouve à l'extérieur de la province;

- le fait de ne pas demander la couverture hors province ou de ne pas se soumettre aux règles concernant la résidence peut avoir pour conséquence que l'habitant doive payer le coût entier de toute facture pour des services médicaux ou hospitaliers reçus hors province.

Les habitants assurés qui déménagent de façon permanente dans d'autres parties du Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant le mois de leur départ, ce dernier jour étant inclus. La couverture est immédiatement interrompue quand des habitants déménagent de façon permanente dans d'autres pays.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La province offre une couverture à ses habitants durant leurs absences temporaires du Canada. Les services hospitaliers donnés à des patients hospitalisés et à des patients externes à l'extérieur du pays sont couverts en cas d'urgences, de maladies subites et de traitements non urgents, à des taux établis. Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des soins hospitaliers donnés hors pays à des patients hospitalisés est de 350 $ par jour si les services assurés sont donnés par un hôpital communautaire ou régional. Lorsque les services assurés sont donnés par un hôpital de soins tertiaires (un établissement hautement spécialisé), le taux approuvé est de 465 $ par jour. Le taux approuvé pour des services donnés à des patients externes est de 62 $ par visite; pour l'hémodialyse, le montant approuvé est de 220 $ par traitement. Les taux approuvés sont payés en devises canadiennes.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgences ou de maladies subites de même que pour des services non urgents, s'ils ne sont pas disponibles dans la province ou au Canada. Les services médicaux sont payés au taux qui aurait été payé à Terre-Neuve et au Labrador pour le même service. Si les services ne sont pas disponibles à Terre-Neuve et au Labrador, ils sont habituellement payés aux taux de l'Ontario ou aux taux s'appliquant dans une province où ils sont disponibles.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Pour les services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités dans d'autres provinces ou territoires, aucune autorisation préalable n'est exigée.

Si un habitant de la province doit se rendre à l'extérieur du pays pour obtenir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas disponible au Canada, le régime provincial d'assurance-santé payera le coût des services nécessaires aux soins du patient. Toutefois, dans de telles circonstances, il faut obtenir une approbation préalable auprès du ministère de la Santé et des Services communautaires. Les médecins orienteurs doivent contacter le ministère ou le RASM pour l'approbation préalable.

Aucune approbation préalable n'est exigée pour les services médicaux; toutefois, il est suggéré que les médecins obtiennent une autorisation préalable émise par le régime, de façon à sensibiliser les patients sur les conséquences financières. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander une approbation préalable au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas accordée pour la prestation hors pays de services non urgents si ces services sont disponibles dans la province ou au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve et au Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des termes et conditions uniformes. Dans la province, il n'existe aucune exigence de participation aux frais, dans le cas des services hospitaliers, ni aucune surfacturation par les médecins.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont donnés dans 34 établissements répartis sur l'ensemble de la province. Le nombre total d'infirmières autorisées dans la province est de 5 447. Environ 85 % des plus récents diplômés ont choisi de rester dans la province et de profiter de la prime de 3 000 $, accordée au moment de la signature, qui a été offerte aux diplômés de l'année 2000.

Dans certaines régions de la province où les infirmières ne sont pas en nombre suffisant, l'accès aux lits a été un peu limité, particulièrement pour les services de soins aigus en milieu urbain. Le manque d'infirmières a contribué à l'augmentation des fermetures de lits durant l'été; en effet, durant l'année 2000, cette augmentation a été de 16 % par rapport à l'année précédente. Les postes d'infirmières praticiennes ont augmenté à environ 35, ce qui améliore l'accès public aux soins primaires. Dans les autres groupes professionnels, il y a également eu des manques de personnel, particulièrement dans les groupes para-médicaux comme la physiothérapie, l'orthophonie, l'audiologie et la praxithérapie, ainsi que chez les radiothérapeutes. Des mesures de recrutement ciblé et des programmes incitatifs sont en place; de plus, de nouvelles méthodes continuent à être élaborées.

Les initiatives de recrutement constituent un processus continu pour la plupart des groupes professionnels. À causes des déplacements dans la province et hors de la province de médecins et de quelques professionnels para-médicaux, des fluctuations dans l'accessibilité de certains services assurés se sont produites durant l'année.

À la fin de 1999-2000, le gouvernement provincial a affecté 15 millions $ aux besoins prioritaires d'acquisition de biens d'équipement. Ce financement comprend quatre tomodensitomètres supplémentaires qui permettront d'améliorer l'accès géographique et de réduire les temps d'attente des patients. Le remplacement d'autres équipements dans des domaines essentiels des services aux patients, comme l'imagerie diagnostique, les laboratoires, les salles d'urgences, les salles d'opération et les soins coronariens intensifs, améliorera dans l'ensemble l'accès pour les patients et réduira le nombre d'annulations de rendez-vous causées par des bris d'équipement.

Afin de diminuer les périodes d'attente des patients ayant besoin d'une chirurgie cardiaque, un nombre limité de patients ont été référés à des établissements hors province au cours de l'automne et de l'hiver 2000.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Le nombre de médecins pratiquant dans la province est relativement stable. En ce qui concerne les médecins, le ministère de la Santé et des Services communautaires travaille avec les conseils régionaux de santé à l'élaboration d'un plan de ressources humaines qui repose

sur le principe de l'accès, de la représentation géographique, du nombre, de la distance à parcourir, etc. Des rapports sur le bassin de médecins sont en cours de production et ils comprennent des renseignements comme l'âge moyen des groupes de médecins, etc.

Afin d'augmenter le recrutement en milieu rural, on a apporté des améliorations aux échelles salariales et accordé des primes de maintien en poste aux médecins salariés, en fonction de leur répartition géographique. De plus, des primes pour les services hospitaliers donnés par des omnipraticiens dans des hôpitaux ruraux ont aussi été accordées.

Les questions relatives aux niveaux de services et à l'accessibilité (temps d'attente) sont étudiées par les conseils régionaux de santé et les corrections nécessaires, par exemple, l'augmentation du nombre de chirurgies cardiaques effectuées chaque semaine afin de réduire les temps d'attente, sont effectuées au besoin.

Au cours de 1999-2000, 22 nouveaux médecins ont débuté leur pratique; ceux-ci ont, à un moment donné, bénéficié de l'aide financière accordée par le ministère de la Santé et des Services communautaires au moyen des programmes suivants : un programme de bourses de voyage, un programme incitatif à la pratique en milieu rural destiné aux étudiants en médecine, un programme de bourses pour les médecins spécialistes résidents et un programme incitatif à la pratique destiné aux étudiants en médecine et aux résidents.

En ce qui concerne les services de chirurgie dentaire assurés, quatre chirurgiens diplômés et un chirurgien bucco-dentaire non diplômé pratiquent dans la province. Un total de 21 dentistes généralistes détiennent des privilèges hospitaliers.

5.4 Rémunération des médecins

Les ententes sur la rémunération des médecins sont négociées entre le gouvernement provincial de Terre-Neuve et du Labrador et la Newfoundland and Labrador Medical Association, avec la participation de la Newfoundland and Labrador Health Boards Association, selon des méthodes de négociation traditionnelles et officielles. Le mécanisme de règlement de différends sur lequel on s'est entendu à la suite des négociations actuelles est celui de la médiation. L'entente actuelle couvre la période allant du 1er avril 1999 au 30 septembre 2002.

Les méthodes actuelles de rémunération des médecins pour la prestation des services de santé assurés comprennent la rémunération à l'acte, à salaire, à contrat et le financement global à la séance.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé et des Services communautaires a la responsabilité du financement des *Regional Health Care Boards* (conseils régionaux de santé) et des Health and Community Services Boards (conseils sur la santé et les services communautaires) pour les opérations permanentes et les achats de biens d'équipement. Le financement des services assurés est accordé aux conseils au moyen d'un budget annuel global; ces fonds annuels sont répartis en 12 paiements mensuels versés à l'avance. L'obligation de rendre des comptes des conseils comprend la nécessité de se conformer aux exigences annuelles de production de rapports du ministère, ce qui inclut des états financiers vérifiés et d'autre information financière et statistique. Le processus est le même pour tous les conseils régionaux de santé, les conseils sur la santé et les services communautaires et les autres organismes financés par subventions de la province.

Les paiements sont faits aux conseils régionaux de santé et aux conseils sur la santé et les services communautaires conformément à la *Department of Health and Community Services Act* et à la *Hospitals Act*.

Tous les conseils régionaux de santé et les conseils sur la santé et les services communautaires fonctionnent avec un budget global à partir duquel chaque conseil répartit entre les programmes approuvés le financement accordé par la province. Le processus d'établissement du budget global accorde à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et la responsabilisation en ce qui a trait à l'allocation budgétaire, au moment de la réalisation de leurs mandats.

Tout au long de l'exercice financier, les conseils de santé peuvent présenter au ministère de la Santé et des Services communautaires des demandes de financement additionnel fondées sur des changements survenus dans les domaines de programmes ou sur une augmentation du volume de la charge de travail. Ces demandes seront examinées et, si elles sont approuvées par le ministère, financées à la fin de chaque exercice. Toutes les corrections du niveau annuel de financement, par exemple, dans le cas d'augmentations de salaire négociées, de postes supplémentaires approuvés ou de changements dans les programmes, sont financées en fonction de la date d'entrée en vigueur de ces augmentations et des besoins de trésorerie de l'exercice financier en question.

Les conseils font continuellement face à des enjeux dans la prestation des services de soins de santé requis ainsi qu'à des demandes accrues du système de santé, alors que les coûts augmentent, que les charges de travail du personnel s'alourdissent, que les attentes des patients sont plus grandes et que les nouvelles technologies entraînent de nouvelles exigences de temps, de ressources et de financement. Les conseils continuent de travailler de concert avec le ministère de la Santé et des Services communautaires pour traiter de ces questions et fournir des soins de santé efficaces, efficients et de qualité.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement reçu par la province de Terre-Neuve et du Labrador via le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux est noté dans les *Estimates*, lesquels contiennent le plan financier de la province qui est présenté chaque année par le gouvernement à la Chambre d'assemblée.

Le rapport annuel sur le RASM ainsi que d'autres publications reliées font référence à la *Loi canadienne sur la santé*.

7.0 Services complémentaires de santé

Les soins de longue durée en établissement, qui sont avant tout destinés aux personnes de 65 ans et plus et aux personnes souffrant de maladies débilitantes, sont donnés dans des centres de santé communautaires et dans des maisons de repos gérés principalement par les conseils régionaux de santé, qui gèrent aussi les services de soins aigus. Sept maisons de repos continuent de fonctionner sous la direction de conseils autonomes. Les résidents payent un maximum de 2 800 $ par mois, en fonction d'une évaluation de leur situation financière. Le reste du financement requis pour

faire fonctionner ces établissements est fourni par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires a renforcé les programmes de santé communautaire pour offrir des services de prévention, de soutien et de soins à domicile plus appropriés afin d'aider les personnes à éviter la maladie, de retarder ou de réduire le besoin pour des soins institutionnels et de renforcer les programmes et services axés sur la santé de la population dans l'ensemble de la province.

Dans le cadre de leurs mandats, les Health and Community Services Boards (conseils sur la santé et les services communautaires) ont mis en place un système à guichet unique pour les services de soins continus. Cette mesure a facilité la coordination et la prestation d'une vaste gamme de services professionnels et de soutien donnés aux clients en santé communautaire, dont les soins à domicile, l'évaluation et le placement, le soutien scolaire et à domicile, les soins palliatifs, l'intervention d'urgence, la réadaptation et les services de relève.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre les programmes de services ambulanciers aériens et routiers par l'intermédiaire de la division des services de santé d'urgence. Le programme de services ambulanciers aériens fournit le transport et les soins médicaux aux patients, dans la province de Terre-Neuve et du Labrador, ainsi qu'aux hôpitaux hors province, lorsque c'est justifié. Les services ambulanciers aériens transportent aussi les patients, le personnel médical et l'équipement dans les collectivités isolées de la province ou en dehors de celles-ci, au besoin. Le programme de services ambulanciers routiers fournit le transport et les soins médicaux aux habitants qui sont accessibles par route, à un coût raisonnable pour l'utilisateur. Tant pour les services ambulanciers aériens que pour les services routiers, des frais d'usager sont exigés.

Les donneurs de rein ainsi que les donneurs de moelle osseuse et de cellules-souches peuvent recevoir une aide financière lorsque le receveur est un habitant de Terre-Neuve et du Labrador admissible à la couverture en vertu du régime d'assurance-hospitalisation et du régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve. Les habitants qui doivent utiliser une ligne aérienne commerciale pour avoir accès à des services assurés médicalement nécessaires non disponibles dans leur région de résidence et/ou dans la province peuvent être admissibles à recevoir une aide financière en vertu du Medical Transportation Program (programme de transport médical).

Le ministère de la Santé et des Services communautaires offre deux programmes de médicaments. Le programme de subventions des médicaments destiné aux aînés est offert aux habitants de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et qui sont inscrits à la Sécurité de la vieillesse. Les personnes admissibles à ce programme sont couvertes pour la partie du coût des produits sous ordonnance assurés qui correspond aux ingrédients. Tous les coûts additionnels, tels que les honoraires du pharmacien, sont sous la responsabilité de l'aîné. Les bénéficiaires du programme de soutien du revenu sont admissibles au programme de médicaments en soutien du revenu, lequel couvre le coût entier des produits sous ordonnance assurés, dont un montant établi pour les marges admissibles et les honoraires du pharmacien.

Le régime de soins dentaires pour les enfants offre une couverture dentaire de base aux enfants de la naissance à l'âge de 12 ans, inclusivement. Des services de base sont également disponibles aux bénéficiaires du soutien du revenu dont l'âge se situe entre 10 et 17 ans. Des services de soulagement de la douleur et de l'infection sont disponibles pour les bénéficiaires adultes de l'aide sociale.

Île-du-Prince-Édouard

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux, est le moyen de prestation de l'assurance-hospitalisation dans l'Île-du-Prince-Édouard. Il est autorisé en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act,* qui prévoit l'assurance des services, comme il est indiqué dans l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*.

La partie I de la Loi stipule que le ministre exerce l'autorité et détient les pouvoirs suivants : assurer la mise en valeur et le maintien d'un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, d'écoles d'infirmières et établissements de santé connexes dans toute la province; approuver ou refuser l'établissement de nouveaux hôpitaux et établissements de santé connexes ou l'expansion de ces derniers; approuver ou désapprouver toute subvention à la construction ou à l'entretien de bâtiments hospitaliers; établir et administrer, seul ou en collaboration avec un ou plusieurs organismes, des instituts de formation pour le personnel hospitalier et le personnel connexe; mener des enquêtes et diriger des programmes de recherche en vue d'obtenir des données statistiques à ces fins; approuver ou rejeter des hôpitaux ou d'autres installations aux fins de la Loi, conformément aux règlements; sur approbation du lieutenant gouverneur en conseil, prendre toute autre mesure que le ministre juge nécessaire ou utile pour traduire efficacement l'intention et les visées de la Loi.

Outre les responsabilités et pouvoirs énumérés dans la partie I de la Loi, le ministre exerce l'autorité et détient les pouvoirs suivants : administrer le régime d'assurance-hospitalisation établi par la Loi et les règlements; déterminer les sommes à verser aux hôpitaux et défrayer ceux-ci pour les services assurés fournis aux personnes assurées en vertu du régime d'assurance-hospitalisation; faire des rajustements rétroactifs avec les hôpitaux pour les sommes impayées ou versées en trop pour des services assurés, selon les coûts déterminés conformément à la Loi et aux règlements; percevoir ou débourser toutes les sommes afférentes au régime d'assurance-hospitalisation; approuver ou refuser les frais imposés aux patients par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard qui reçoivent des paiements dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation; conclure des accords avec des hôpitaux situés à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard, avec d'autres gouvernements et avec les autorités responsables du régime d'assurance-hospitalisation établies par d'autres gouvernements pour fournir des services assurés aux personnes assurées; prescrire les formulaires nécessaires et souhaitables pour traduire l'intention et les visées de la Loi; désigner des inspecteurs et d'autres représentants officiels ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les registres comptables des hôpitaux, les livres, les rendus, les rapports et les états financiers vérifiés et d'en faire rapport; désigner des médecins praticiens ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les dossiers médicaux et les autres dossiers tenus par les hôpitaux, y compris les dossiers des patients, incluant leur dossier médical et les notes rédigées par les infirmières, les rapports et les relevés de compte de patients qui reçoivent ou ont reçu des services assurés; désigner des inspecteurs ayant la responsabilité et le pouvoir d'inspecter et d'examiner les livres, les relevés de compte et les dossiers des employeurs et des percepteurs dans le but d'obtenir de l'information relative aux hôpitaux et au régime d'assurance; retenir le paiement

des services assurés pour toute personne assurée dont, selon le ministre, l'état de santé ne nécessitait pas de tels services; agir comme premier responsable des achats pour les achats de médicaments, de préparations biologiques ou de préparations connexes de tous les hôpitaux de la province pour superviser, vérifier et inspecter l'utilisation des médicaments, des préparations biologiques et des préparations connexes par les hôpitaux de la province et pour retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la Loi, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'achat de médicaments, de préparations biologiques et de préparations connexes; superviser et assurer l'utilisation efficace et économique de toute aide ou procédure diagnostique ou thérapeutique utilisée par ou dans les hôpitaux, et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la Loi, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'utilisation de ces aides et procédures.

Le ministre de la Santé, par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, a la responsabilité de l'efficience et de l'efficacité globales du système de santé provincial. Le Ministère est notamment responsable :

- d'établir des orientations et des priorités générales;
- d'élaborer des politiques et des stratégies, des lois, des normes et des mesures provinciales;
- de surveiller l'état de santé dans la province;
- de surveiller les cinq autorités sanitaires régionales et de s'assurer que celles-ci respectent les règlements et se conforment aux normes;
- d'évaluer le rendement du système de santé;
- d'allouer des fonds aux cinq autorités sanitaires régionales;
- d'améliorer la qualité et la gestion d'un système d'information sur la santé complet à l'échelle de la province;
- d'assurer l'accès à des services de santé de haute qualité;
- de régler les questions émergentes sur la santé et d'examiner les nouvelles techniques avant de les appliquer;
- d'administrer directement certains services et programmes.

Les cinq autorités sanitaires régionales sont responsables de la prestation des services. Elles administrent les hôpitaux, les centres de santé, les résidences pour personnes âgées et les établissements psychiatriques et recrutent les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé. Elles ont la responsabilité :

- d'évaluer les besoins en santé des résidents dans leur région;
- d'informer et de conseiller les résidents;
- d'allouer et de gérer les ressources pour les priorités établies, de recruter le personnel et de tirer le meilleur parti des ressources disponibles;
- de consulter d'autres organismes oeuvrant dans le domaine de la santé;
- d'élaborer des politiques, des normes et des mesures;
- de planifier et de coordonner, avec le Ministère et d'autres autorités, la prestation d'une gamme complète de services de santé;
- de promouvoir la santé et le bien-être dans leur communauté;
- de rendre disponible l'information sur les choix concernant la santé et les services de santé pour les résidents;
- d'assurer un accès raisonnable aux services de santé;
- de surveiller et d'évaluer le rendement et d'en faire rapport aux résidents et au Ministère.

1.2 Lien hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services sociaux présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose devant l'Assemblée législative. Le rapport annuel fournit de l'information sur les principes directeurs du Ministère et sur ses responsabilités législatives, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et met en relief les principales statistiques de l'année.

La Loi stipule que chacune des cinq autorités sanitaires régionales doit soumettre un rapport annuel au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce dernier peut demander toute autre information jugée nécessaire sur les activités des autorités et sur la prestation des services de santé dans leurs zones de responsabilité. Les autorités sanitaires régionales doivent tenir des réunions publiques annuelles et y présenter de l'information sur leurs activités et la prestation des services de santé.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de la province effectue des vérifications annuelles des comptes publics de la province de l'Île-du-Prince-Édouard. Ces comptes comprennent les activités financières, les revenus et les dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Chaque autorité sanitaire régionale a la responsabilité d'engager son propre cabinet d'experts-comptables pour vérifier annuellement ses états financiers. Les états financiers vérifiés sont soumis au ministre et au ministère du Trésor provincial. Les rapports sont présentés aux réunions publiques tenues annuellement dans chaque région. Les états vérifiés sont également présentés devant l'Assemblée législative et inclus dans les comptes publics publiés de la province de l'Île-du-Prince-Édouard.

En vertu de la *Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires touchant l'ensemble des activités ou des programmes précis menés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par chacune des cinq autorités sanitaires régionales.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Les règlements qui accompagnent cette loi (1996) définissent les services aux patients hospitalisés et les services ambulatoires assurés qui sont disponibles sans frais aux personnes admissibles. Les services hospitaliers assurés comprennent les suivants : les services de soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire; les procédures de radiologie et les autres procédures diagnostiques; les frais d'hébergement et de repas au tarif d'une chambre ordinaire; les préparations médicamenteuses, biologiques et les préparations connexes prescrites par un médecin traitant et administrées à l'hôpital; les salles d'opération, les chambres d'attente et les installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

Depuis mars 2000, sept établissements de soins actifs participent au régime d'assurance de la province. Outre les lits pour soins actifs, ces établissements comptent 20 lits pour soins de réadaptation, 19 lits pour des chirurgies d'un jour et sept lits pour soins de longue durée assurés. Un établissement supplémentaire, le *Prince Edward Home*, compte 50 lits pour soins de longue durée assurés. De plus, l'Île-du-Prince-Édouard utilise l'équivalent de 50 lits pour soins actifs à l'extérieur de la province.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services de médecin assurés est la *Health Services Payment Act*. Elle a été modifiée en 1996 pour inclure le processus de planification des ressources médicales.

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins praticiens qui sont autorisés par le Collège des médecins et chirurgiens. Il y a 167 praticiens qui ont facturé le régime d'assurance au 31 mars 2000. En date du 31 mars 2000, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-santé.

Un médecin ou un praticien participant peut choisir, selon que les règlements le permettent, de percevoir des frais à l'extérieur du régime pour un patient particulier ou un service de santé de base particulier. Les patients doivent être informés qu'ils seront facturés directement pour le service avant que celui-ci ne soit rendu. Lorsque les praticiens ont fait ce choix, ils doivent en informer le ministre. La totalité des frais est ensuite exigée du patient pour le service rendu.

Tout service de santé de base rendu par un médecin et nécessaire sur le plan médical est couvert par le régime d'assurance-santé. Ces services comprennent les suivants :

- la plupart des services rendus par les médecins à leur bureau, à l'hôpital ou au domicile du patient;
- les services chirurgicaux nécessaires sur le plan médical, incluant les services d'anesthésistes ou d'infirmières en chirurgie, lorsque nécessaire;
- les services obstétricaux, incluant les soins prénatals et postnatales, les soins aux nouveaux-nés et les soins exigés par toute complication à la grossesse telle qu'une fausse couche ou une césarienne;
- certaines procédures de chirurgie buccale nécessaires sur le plan médical et pratiquées, à l'hôpital, par un chirurgien stomatologiste;
- les procédures de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes;
- le traitement des fractures et des dislocations;
- certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été adéquatement aiguillé par un médecin traitant.

En 1999-2000, aucun service n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés.

Un service médical peut être ajouté à la liste des services assurés à la suite d'une négociation entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la *Medical Society of Prince Edward Island*.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts par le régime. Seuls les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale sont remboursés par le régime. Cette catégorie comporte actuellement deux chirurgiens. Les procédures chirurgicales dentaires comprises comme services de santé de base dans le tarif des honoraires sont couvertes uniquement lorsque le médecin traitant confirme que la condition médicale du patient nécessite une intervention à l'hôpital.

Un service chirurgical dentaire peut être ajouté à la suite d'une négociation entre la *Dental Association of Prince Edward Island* et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le *Hospital Services Plan* comprennent : les services auxquels les patients sont admissibles en vertu d'autres lois fédérales ou provinciales; les frais d'essence ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par le Ministère; les conseils ou les prescriptions par téléphone, à l'exception de la supervision de l'anticoagulothérapie; les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.; les examens, les vaccinations ou les inoculations en groupe, à moins d'une approbation préalable par le Ministère; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans une établissement psychiatrique ou de désintoxication (drogues ou alcool); les témoignages en cour; les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessaires sur le plan médical; les services dentaires autres que les procédures comprises dans les services de santé de base; les pansements, les médicaments, les vaccins, les matériels biologiques et les matériels connexes; les lunettes et les appareils spéciaux; la physiothérapie, la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires; le rétablissement de la fertilité; la fertilisation *in vitro*; les services rendus par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible; les services rendus par un médecin à des membres de sa famille, à moins d'une approbation du Ministère; et tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation du comité médical consultatif, déclarer non assuré.

La suppression d'un service du régime d'assurance-santé s'effectue en collaboration avec la *Medical Society of Prince Edward Island* et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En 1999-2000, le retrait des dents incluses a été supprimé de la liste des services assurés. Ce service nécessite une approbation préalable et est couvert lorsque nécessaire.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'article H-2 de la *Health Services Payment Act and Regulations* définit l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Les régimes sont conçus pour offrir une couverture aux résidents admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard (c'est-à-dire quiconque est légalement autorisé à demeurer au Canada et est ordinairement présent, dans sa résidence de l'Île-du-Prince-Édouard, au moins six mois plus un jour par année).

Tous les nouveaux résidents doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes de l'extérieur de la province qui établissent une résidence permanente dans l'Île-du-Prince-Édouard deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les résidents qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces canadiennes (FC), les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus dans un pénitencier fédéral et les personnes admissibles à certains services en raison de programmes d'autres gouvernements tels que l'Indemnisation des travailleurs ou les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Les résidents inadmissibles peuvent devenir admissibles dans les cas suivants : membres des FC ou de la GRC, détenus de pénitenciers élargis, libérés ou libérés à la suite d'un congé de réadaptation lorsque ce dernier est financé

par les FC, la province où la personne était incarcérée ou engagée au moment de l'élargissement ou de la libération, ou la province de résidence au moment de la terminaison du congé de réadaptation, selon le cas, fournira la couverture initiale pour la période d'attente habituelle qui peut aller jusqu'à trois mois. Les détenus de pénitenciers en liberté conditionnelle seront traités de la même manière que les détenus élargis.

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de l'Île-du-Prince-Édouard ne peuvent être reconnus comme résidents de la province et, de ce fait, ne sont pas admissibles aux avantages offerts par l'assurance des soins hospitaliers et médicaux.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux résidents et les résidents de retour doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé en remplissant un formulaire d'inscription auprès du Ministère. La demande est examinée pour s'assurer que toute l'information nécessaire est fournie. Une carte santé est émise et envoyée au résident dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de l'assurance a lieu tous les cinq ans, et les résidents en sont avisés, par écrit, six semaines avant le renouvellement.

Il y avait 139 655 résidents inscrits au régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard au 31 mars 2000.

3.3 Autres catégories de personnes assurés

Les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-santé et à la couverture des soins médicaux. Les réfugiés du Kosovo constituent une exception à cette catégorie et sont admissibles à l'assurance-santé et à la couverture des soins médicaux dans l'Île-du-Prince-Édouard. Le 31 mars 2000, cinquante-huit réfugiés du Kosovo étaient inscrits au régime d'assurance-santé

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent dans l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles à l'assurance-santé le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider dans l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à l'assurance en cas de maladie subite ou de situation d'urgence survenant à l'extérieur de la province.

Le terme « absence temporaire » est défini comme une période d'absence de la province pouvant aller jusqu'à 182 jours dans une période de 12 mois pour des raisons de vacances, de visite ou d'engagement professionnel. Les personnes quittant la province dans les circonstances mentionnées ci-devant doivent s'inscrire auprès des Ministère avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences temporaires à l'étranger.

Les résidents assurés peuvent séjourner temporairement à l'extérieur du pays pour une période de 12 mois et ce, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement agréé dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription émise par cet établissement. Les étudiants doivent aviser le Ministère à leur retour au pays.

Pour les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard qui quittent le pays pour des raisons professionnelles, la couverture se termine le jour du départ de la personne.

Pour les résidents qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie au taux de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en devise canadienne. Il incombe aux résidents de payer la différence entre le montant total facturé et le montant déboursé par le Ministère.

Les sommes versées pour des services d'urgence assurés reçus à l'étranger totalisaient 75 500 $ en 1999-2000.

Le tarif est de 576 $ par jour pour un séjour à l'hôpital. Le tarif inter-provincial courant pour un service ambulatoire est de 110 $. La méthode utilisée pour calculer ces tarifs est fondée sur le coût du même service s'il était rendu dans l'Île-du-Prince-Édouard.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère est nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les résidents de l'Île-du-Prince-Édouard qui veulent recevoir ces services doivent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de l'Île-du-Prince-Édouard. Une couverture complète peut être assurée pour les services urgents et non urgents (assurés dans l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en a fait la demande auprès du Ministère. Une approbation préalable du directeur médical du ministère de la Santé et des Services sociaux est nécessaire pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation de l'Île-du-Prince-Édouard permettent de recevoir des services selon des modalités et des conditions uniformes pourvu qu'ils n'entravent pas ou n'empêchent pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les sept établissements de soins actifs de l'Île-du-Prince-Édouard comptent un nombre total de 474 lits approuvés (454 lits pour soins actifs plus 20 lits pour soins de réadaptation). Seize lits pour soins actifs supplémentaires sont réservés aux services hospitaliers assurés dans un établissement psychiatrique. Il n'existe pas de données relatives à l'admission pour ces

16 lits. Durant l'exercice 1999-2000, il y a eu, en tout, 17 796 d'admissions à l'hôpital était 17 796. Le nombre de jours d'occupation des lits pour soins actifs des hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard atteignait 148 473 (en excluant les nouveaux-nés), et la durée de séjour moyenne était de 8,4 jours.

En 1999-2000, on a enregistré 1 812 réclamations de résidents de l'Île-du-Prince-Édouard ayant reçu des services dans des hôpitaux situés à l'extérieur de la province, et 14 428 visites dans des départements de soins ambulatoires de l'extérieur de la province. Il n'existe aucune donnée disponible sur le nombre d'admissions, la durée de séjour ou le nombre de jours d'hospitalisation pour les lits des services de soins de longue durée.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les services de médecin sont accessibles dans toute la province, sauf pour les spécialités où il existe des postes à pourvoir. On a entrepris de recruter des médecins de famille, un oto-rhino-laryngologiste, des psychiatres, un radiologiste et un obstétricien. Plusieurs de ces postes ont été ajoutés en 1999-2000 pour assurer un meilleur accès aux services assurés. Une stratégie de recrutement a été annoncée et prévoit des incitatifs financiers pour les nouveaux diplômés et les nouvelles recrues, ainsi qu'une augmentation du nombre de places réservées aux résidents de l'Île-du-Prince-Édouard dans des écoles de médecine situées à l'extérieur de la province.

5.4 Rémunération des médecins

On se sert d'un processus de négociation collective pour déterminer la rémunération des médecins. Le processus comprend un mécanisme de règlement des différends. Les équipes de négociation sont nommées par les deux parties, les médecins et le gouvernement, afin de représenter les intérêts respectifs au cours du processus. La convention triennale actuelle expirera le 31 mars 2001. Le mécanisme de règlement des différends fait intervenir la médiation, et, en cas d'échec, l'arbitrage exécutoire.

La loi qui régit le paiement des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act*. Un amendement apporté à la Loi et à ses règlements en 1999-2000 comprend la suppression de l'assurance de l'extraction des dents de sagesse. La plupart des médecins travaillent suivant la formule de la rémunération à l'acte. Des plans de paiement de rechange ont toutefois été élaborés, et certains médecins reçoivent des salaires, des rémunérations à contrat et des rémunérations à la vacation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les autorités sanitaires régionales sont responsables de la prestation des services hospitaliers dans la province. Les besoins financiers (budgétaires) sont établis annuellement par consultation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et soumis à l'approbation de l'Assemblée législative au cours du processus budgétaire annuel.

Les paiements (avances) effectués aux autorités sanitaires régionales pour les services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et sont tributaires des montants approuvés au budget.

La méthode de financement normale consiste à recourir à un budget global ajusté annuellement pour tenir compte des coûts croissants associés à certains facteurs tels que les conventions collectives et les coûts des médicaments, des fournitures médicales et de l'exploitation des établissements.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Les contributions fédérales versées par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux sont désignées sur une ligne distincte dans les documents budgétaires publiés, qui sont présentés annuellement devant l'Assemblée législative de la province.

7.0 Services complémentaires de santé

Les services de soins complémentaires ne sont pas assurés, à l'exception des services fournis pour les lits de malades chroniques assurés en vertu de l'article 2.1. Les services de soins complémentaires sont fournis par l'intermédiaire des cinq autorités sanitaires régionales du système de la santé et des services sociaux. Des soins en maison de repos sont disponibles lorsque les comités d'admission et de placement régionaux autorisent le placement dans les résidences pour personnes âgées du gouvernement et les maisons de repos privées autorisées. On utilise l'outil d'évaluation des services normalisé pour déterminer les besoins en services des résidents pour toutes les admissions aux maisons de repos. La province compte 18 maisons de repos privées et gouvernementales qui totalisent 953 lits, incluant des lits réservés aux soins de relève. La province octroie des sommes à 80 p. 100 des résidents des maisons de repos en vertu de la partie 2 des *Welfare Assistance Act Regulations*. Les 20 p. 100 des résidents restants paient eux-mêmes les services qu'ils reçoivent. Les maisons de repos de l'Île-du-Prince-Édouard dispensent des soins de niveaux 4 et 5.

Outre les maisons de repos, l'Île-du-Prince-Édouard compte 29 établissements de soins communautaires autorisés. Au 31 mars 2000, il y avait 838 lits, en tout, dans les établissements de soins communautaires. Les 31 p. 100 des résidents qui reçoivent des sommes du gouvernement font l'objet d'une évaluation financière en vertu de la partie 1 de la *Welfare Assistance Act*. Les 69 p. 100 restants paient eux-mêmes les services qu'ils reçoivent. Les établissements de soins communautaires dispensent des soins de niveaux 1 à 3.

Les services de soutien et de soins à domicile, également non assurés, constituent un autre aspect des soins complémentaires. Les services de soutien comprennent les soins infirmiers à domicile, les auxiliaires familiales, le soutien communautaire, la protection des adultes et les soutiens professionnels et de physiothérapie. On utilise l'outil d'évaluation des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de service nécessaire. Les services professionnels à domicile sont actuellement fournis gratuitement au client, mais sont assujetties à un plafond budgétaire. Les services des auxiliaires familiales font l'objet d'une tarification décroissante selon l'évaluation du revenu d'une personne. Avec l'augmentation de la demande de soins à domicile, la province réexamine actuellement le programme.

Nouvelle-Écosse

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, deux régimes couvrent les services de santé assurés : le régime d'assurance-hospitalisation et le *Medical Services Insurance Plan* (MSI). Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Health Services and Insurance Act* [chapitre 197, *Revised Statutes of Nova Scotia,* 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35 (la Loi)], laquelle a été adoptée par l'autorité législative en 1958.

Le régime MSI est administré et géré en vertu de la loi susmentionnée par une autorité sans but lucratif formée du ministère de la Santé et de la *Health and Maritime Medical Care Incorporated.*

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule, sous réserve des dispositions de la Loi et de ses règlements, que tous les résidents de la province ont droit de recevoir des services hospitaliers assurés, selon des modalités et des conditions uniformes, et que tous les résidents de la province sont assurés, selon des modalités et des conditions uniformes, du paiement des coûts des services professionnels assurés et ce, jusqu'au tarif établi. En vertu de l'article 8 de la Loi, le ministre de la Santé peut, à l'occasion, avec l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou résilier, avec une ou des personnes, les ententes qu'il juge nécessaires à l'établissement et la réalisation du régime MSI.

En vertu du protocole d'entente de 1992, la *Maritime Medical Care Incorporated* (MMI) est autorisée à :

- déterminer l'admissibilité des fournisseurs qui participent au régime;
- planifier et à dispenser des programmes d'information et d'éducation pour s'assurer que l'ensemble des personnes et des fournisseurs connaissent leurs droits et leurs responsabilités en vertu du régime;
- effectuer des paiements, en vertu du régime, pour toute réclamation ou catégorie de réclamations dans le cas de services de santé assurés que la province est tenue de payer;
- élaborer un système de vérification et d'évaluation des réclamations et des paiements pour assurer un processus de vérification continu et établir des structures administratives nécessaires à l'acquittement de son mandat.

1.2 Liens hiérarchiques

La *Maritime Medical Care* doit remettre à la province, au plus tard le vingtième jour de chaque mois, des rapports de dépenses sous la forme établie par celle-ci comprenant les détails demandés. Dans les trente jours précédant la fin du trimestre d'exercice, la MMC est tenue de présenter un rapport qui comprend les dépenses prévues jusqu'à la fin du trimestre ainsi qu'une prévision des dépenses jusqu'à la fin de l'exercice. Elle doit en outre présenter des procès-verbaux et des renseignements pour que la province reste au fait de toutes les réunions, les conférences, etc. qui s'inscrivent dans le cadre de l'application du régime MSI. Les rapports préparés par la MMC sont envoyés directement à la *Insured Programs Branch* du ministère de la Santé, aux fins d'examen et de suivi.

1.3 Vérification des comptes

L'*Auditor General's Office* vérifie le programme d'assurance-médicaments. Les vérificateurs internes du ministère de la Santé examinent les états financiers du contrat d'administration de la MMC. Celle-ci fait également l'objet d'une vérification externe qui comprend l'examen du contrat d'administration. Les paiements d'assurance-maladie ne font pas l'objet d'une vérification formelle. Cependant, l'*Auditor General's Office* est en voie de la recommander.

1.4 Mandataire désigné

En vertu d'un protocole d'entente conclu avec le ministère de la Santé, la MMC administre les comptes des médecins et est habilité à recevoir des sommes pour payer ces comptes. La MMC reçoit une autorisation écrite du ministère de la Santé lui indiquant les bénéficiaires à qui elle peut verser des rémunérations. Les taux de rémunération et les montants précis sont fonction du contrat du médecin négocié entre la *Medical Society of Nova Scotia* et le ministère de la Santé. La MMC se conforme aux modalités et aux conditions stipulées dans le contrat et à son mode de paiement.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, 34 établissements assurent la prestation de services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes. L'agrément n'est pas obligatoire, mais la plupart des établissements sont agréés à l'échelle de l'établissement ou de la région. La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act* [chapitre 197, *Revised Statutes of Nova Scotia*, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35], laquelle a été adoptée par l'autorité législative en 1958. Les *Hospital Insurance Regulations* ont été établis en vertu de la *Health Services and Insurance Act*.

Les services aux malades hospitalisés comprennent l'hébergement et les repas dans une chambre commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et autres procédures de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital; les fournitures chirurgicales ordinaires; l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'attente et des installations anesthésiques; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles; la fraction ou la fraction thérapeutique de sang.

Les services aux malades externes comprennent les examens de laboratoire et de radiologie; les procédures de diagnostic, y compris l'utilisation de produits radiopharmaceutiques; les examens d'électroencéphalie; l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; la fraction ou la fraction thérapeutique de sang; les services hospitaliers relatifs à la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures; les soins de jour pour diabétiques; les services autres que les services médicaux fournis par la *Nova Scotial Hearing and Speech Clinic* et que ceux fournis dans cette clinique; les procédures de diagnostic par ultrasons; la nutrition parentérale à domicile; l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

2.2 Services médicaux assurés

La loi qui prévoit la prestation de services de médecin assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, articles 3(2), 5, 8, 13, 13A, 17(2), 22, 27-31 et 35, et les *Medical Services Insurance Regulations*

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un omnipraticien s'entend d'une personne exerçant la médecine générale, d'un médecin n'étant pas un spécialiste au sens de l'alinéa ou d'un spécialiste qui est médecin et qui est reconnu comme spécialiste par l'organisme de réglementation professionnelle pertinent du secteur de compétence où il exerce ses fonctions. Les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) doivent recevoir une autorisation du *College of Physicians and Surgeons* de la Nouvelle-Écosse pour facturer le régime MSI. Les dentistes qui reçoivent des rémunérations en vertu de ce régime doivent être inscrits au *Provincial Dental Board* et être reconnus comme tels. En 1999-2000, 1 875 médecins et 55 dentistes ont reçu des rémunérations grâce au régime MSI.

Les médecins se gardent le droit d'adhérer au régime MSI ou de se retirer de celui-ci. Dans le cas qui précède, il revient à un médecin d'aviser le régime MSI et de se dessaisir de son numéro de facturation. Les malades qui paient directement le médecin devant se retirer sont remboursés à même le régime MSI. Au 31 mars 2000, on ne comptait aucun médecin non participant.

Les services assurés sont ceux qui sont requis d'un point de vue médical pour diagnostiquer, traiter, réadapter ou modifier une structure de la morbidité. Il n'existe aucune limite pour les services assurés requis d'un point de vue médical.

En 1999-2000, aucun nouveau service assuré d'importance n'a été ajouté à la liste des services de médecin assurés. Cependant, à tous les trimestres on approuve de nouveaux codes d'honoraires spécifiques qui représentent les améliorations, les nouvelles technologies ou les nouvelles façons de fournir un service.

Une structure de comités procède à l'ajout des nouveaux codes d'honoraires à la liste des services de médecin assurés. Les médecins qui souhaitent faire reconnaître ou établir un nouveau code d'honoraires doivent au préalable soumettre leur cas à la *Medical Society of Nova Scotia*, qui propose une valeur pour les nouveaux honoraires suggérés.

La valeur proposée est ensuite transmise à un comité mixte chargé de l'évaluation et de l'approbation des honoraires et des taux. Le comité mixte est formé d'un nombre égal de membres de la *Medical Society* et du ministère de la Santé. Une fois approuvés par le comité, les nouveaux honoraires suggérés sont envoyés au ministère de la Santé, aux fins d'approbation finale. La MMC est chargée d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables par le régime MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste est une personne légalement autorisée à exercer la dentisterie dans un lieu propre à l'exercice de sa profession.

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du *Health Services and Insurance Plan* (MSI), les dentistes doivent être membres agréés de l'*Association of Dentists* et être qualifiés dans l'exercice de la chirurgie dentaire. La *Health Services and Insurance Act* stipule qu'un dentiste peut choisir de ne pas participer au régime MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'aviser le régime MSI par écrit; il n'est ensuite plus autorisé à présente des réclamations à ce régime. Au 31 mars 2000, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. En 1999-2000, 55 dentistes ayant fourni des services de chirurgie dentaire assurés ont été rémunérés par l'entremise du régime MSI.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont énumérés dans le *Dental Surgical Program Fee Schedule*. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés lorsque les conditions du patient sont

telles que l'intervention doit, sur le plan médical, être pratiquée à l'hôpital et que celle-ci se révèle de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés sont : la chirurgie orthognatique; la chirurgie destinée à l'enlèvement des dents incluses; la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut d'abord s'adresser à la *Dental Association of Nova Scotia*, et leur demander de présenter une proposition au ministère de la Santé. Celui-ci, après avoir consulté des experts dans ce domaine, doit faire savoir si la nouvelle intervention devient un service assuré.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; le téléphone; la télévision; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital; la chirurgie esthétique; les interventions visant le rétablissement de la fécondité; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro;* les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques; les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés, sauf, exceptionnellement, si elles sont jugées nécessaires sur le plan médical; les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, p. ex.) qui ne sont pas considérés médicalement nécessaires.

Les services non assurés fournis par les médecins comprennent : les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; les frais relatifs aux déplacements ou aux délais; les conseils ou les renouvellements d'ordonnances délivrés par téléphone; les examens requis par un tiers; les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère; la préparation de certificats ou de rapports; la comparution en cour; les services associés à l'électrocardiographie, l'électromyographie et l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*.

Tous les résidents de la province ont droit aux services assurés couverts en vertu de la *Health Services and Insurance Act*. Les patients qui peuvent acheter des biens et des services améliorés (lentilles interoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, p. ex.) doivent être informés de leurs coûts, et ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province offre des solutions de rechange à tout bien et service amélioré.

Le ministère de la Santé étudie avec attention toutes les plaintes déposées par les patients ou les préoccupations du public pouvant indiquer le non-respect des principes généraux liés aux services assurés. Certains cabinets médicaux de la province offrent à certains patients la possibilité de verser des honoraires en bloc, pendant un an, pour des services non assurés. Cependant, dans tous les cas portés à l'attention du ministère de la Santé, les patients avaient le choix de refuser de verser des honoraires en bloc et de payer au fur et à mesure les services non assurés.

Pour retirer des services assurés (dans le cas des médecins), les représentants de la *Medical Society of Nova Scotia* et du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention pour en déterminer la nécessité sur le plan médical. Si l'intervention n'est pas jugée requise sur le plan médical, elle sera retirée du barème de rémunération des médecins et ne sera plus remboursée à titre de service assuré. Lorsqu'un service n'est plus assuré, l'ensemble des interventions et des examens liés à sa fourniture

deviennent également non assurés. Le même processus s'applique aux services dentaires et hospitaliers. La dernière fois qu'on a assisté au retrait d'un grand nombre de services assurés était en 1997.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est indiquée dans la *Health Services and Insurance Act*. Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un résident comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Écosse.

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au régime MSI à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée à titre de résidents permanents. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime à compter de la date de leur arrivée dans la province, à condition qu'elles soient citoyennes du Canada.

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord ne sont pas admissibles au régime MSI. Lorsque leur statut change, ils sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur admissibilité.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour obtenir une carte de santé (Health Card), les résidents de la Nouvelle-Écosse doivent remplir un formulaire d'inscription, et y inclure le nom et l'adresse postale d'un témoin (un résident de la Nouvelle-Écosse pouvant confirmer l'exactitude des renseignements indiqués), puis le retourner au régime MSI. Les résidents doivent également joindre un certificat de naissance canadien, un certificat d'immigration canadien ou toute autre preuve stipulant qu'ils sont autorisés à demeurer au Canada. Si le formulaire de demande est rempli et que tous les critères d'admissibilité sont respectés, le régime MSI émet une carte de santé. Cette carte doit être présentée pour chaque service assuré reçu. Le régime MSI envoie des avis de renouvellement à l'adresse permanente des résidents de la Nouvelle-Écosse. Après avoir reçu un avis de renouvellement signé, le régime MSI émet une nouvelle carte de santé. Chaque demande et chaque numéro de carte de santé sont uniques et alloués sur une base individuelle.

En 1999-2000, il y avait 946 840 résidents enregistrés au régime.

Il n'existe aucune loi en Nouvelle-Écosse qui oblige les résidents à s'inscrire au régime. Il y a donc des résidents qui ne sont pas inscrits au régime d'assurance-santé. Le fait de ne pas retourner un avis de renouvellement annule l'admissibilité au service jusqu'au renouvellement.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de soins de santé assurés en Nouvelle-Écosse, comprennent les personnes suivantes :

Immigrants – Les personnes en possession de documents d'immigrants ayant reçu le droit

d'établissement et étant considérées à titre de résidents permanents sont admissibles à compter de la date de leur arrivée en Nouvelle-Écosse. Les personnes en possession de tout autre document ayant demandé le statut de résident permanent au Canada sont admissibles à compter de la date de la demande, à condition qu'elles soient en possession d'une lettre du ministère de l'Immigration.

Les personnes munies de visas d'emploi qui ont résidé en Nouvelle-Écosse pendant six mois ont droit à une couverture rétroactive au jour de leur arrivée, à condition qu'elles ne se soient pas absentées de la province pendant plus de 31 jours consécutifs et qu'elles aient l'intention d'y travailler pendant encore six mois.

Titulaires de permis de travail – Les personnes d'autres pays s'établissant en Nouvelle-Écosse qui sont en possession d'un permis de travail sont admissibles au régime MSI à compter du premier jour du septième mois qui suit la date de leur arrivée comme travailleur, à condition qu'elles ne se soient pas absentées de la province pendant 31 jours consécutifs (sauf en cours d'emploi).

Étudiants – Les personnes d'autres pays s'établissant en Nouvelle-Écosse qui sont en possession d'une autorisation d'étude sont admissibles au régime MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, à condition qu'elles ne se soient pas absentées de la province pendant plus de 31 jours consécutifs.

Personnes en congé sabbatique – Les personnes en congé sabbatique sont traitées de la même façon que les autres résidents de la province. Elles doivent revenir en Nouvelle-Écosse dans les douze mois. Les absences d'une durée supérieure aux six mois habituels doivent être approuvées au préalable avant que la couverture du régime MSI ne soit prolongée.

Réfugiés – Les réfugiés ne sont pas assurés s'ils ne sont pas légalement autorisés à demeurer au Canada. Les réfugiés comprennent les personnes en attente d'une décision d'Emploi et Immigration Canada concernant l'autorisation de demeurer au Canada. Les réfugiés qui possèdent un permis de travail sont assujettis aux dispositions d'admissibilité des personnes possédant un permis de travail.

Au 31 mars 2000, 336 personnes résidant en Nouvelle-Écosse étaient couvertes en vertu des modalités indiquées ci-devant.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime MSI à compter de la première journée du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée à titre de résident permanent.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Tous les cas se rapportant à la transférabilité des services assurés doivent être traités en vertu de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité. En outre, plusieurs décrets, y compris le décret 72-783 (règlement du régime MSI), assurent la transférabilité.

Conformément à l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité, le régime MSI de la Nouvelle-Écosse offre généralement une couverture aux résidents de la province qui s'établissent ailleurs au Canada pendant une durée de trois mois. Les étudiants qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein demeurent admissibles au régime

sur une base annuelle, à condition qu'ils fournissent tous les ans une lettre faisant état de leur inscription à temps plein.

Les détenteurs d'un permis de travail qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse à la recherche d'un emploi demeurent couverts par le régime pendant une durée pouvant aller jusqu'à douze mois, à condition qu'ils ne d'établissent pas dans une autre province, territoire ou un autre pays.

Les services fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse établis ailleurs au Canada sont couverts par des ententes de réciprocité conclues avec chacune des provinces et territoires. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. En 1999-2000, les montants payés en vertu du régime pour des services hospitaliers fournis dans d'autres provinces et territoires totalisent 9 704 639 $ pour les malades hospitalisés, et 3 504 388 $ pour les malades externes. Dans tous les cas de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province d'accueil pour les services assurés.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La Nouvelle-Écosse se conforme à l'entente d'admissibilité et de Transférabilité dans le cas des services assurés fournis aux résidents qui sont temporairement à l'étranger. En autant qu'une personne résidente de la Nouvelle-Écosse n'est pas absente du pays pendant plus de six mois, les services fournis à l'étranger sont payés au coût moindre en fonction du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province.

Pour s'assurer de la couverture des interventions non urgentes par le régime MSI de la Nouvelle-Écosse, il faut obtenir une autorisation préalable.

Cependant, les étudiants qui s'absentent temporairement de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein demeurent admissibles au régime, à condition qu'ils fournissent une preuve de leur inscription à temps plein.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse à la recherche d'un emploi demeurent admissibles au régime pendant une période pouvant aller jusqu'à douze mois, à condition qu'ils n'établissent pas de résidence dans un autre pays.

Les services urgents fournis à l'étranger sont payés au coût moindre en fonction du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 1999-2000, le montant dépensé pour des services assurés urgents fournis aux malades hospitalisés et externes à l'étranger totalise 1 053 577 $ (taux quotidien = 525 $ CA).

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas des services facultatifs fournis dans une autre province ou à l'étranger. La demande d'autorisation préalable doit être faite auprès du directeur médical du régime MSI par un médecin de la Nouvelle-Écosse, pour le compte d'un résident assuré. Le médecin-conseil examine les modalités et les conditions, et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Le médecin-conseil fait connaître sa décision au médecin du patient. Le patient est alors couvert en vertu de l'entente de facturation réciproque pour des services facultatifs fournis dans une autre province ou un autre territoire du pays. Si un résident est autorisé à obtenir un service à l'étranger, la totalité du coût du service sera couverte dans le cadre du régime MSI.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les services assurés sont fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse selon des modalités et des conditions uniformes.

Aucun des régimes n'impose de ticket modérateur ou de frais supplémentaires.

Il n'y a aucun obstacle à l'accessibilité aux soins en Nouvelle-Écosse.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2000, la Nouvelle-Écosse comptait 3 125 lits d'hôpitaux pour soins actifs.

Le tableau ci-après fait état des professions clés de la santé qui fournissent des services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse (tableau 1).

Tableau 1

Professions de la santé	Nombre total employé	Situation d'emploi	Pourcentage	Commentaires
Médecins (médecins de famille-956; spécialistes-915)	1 871			La Nouvelle-Écosse compte un nombre suffisant d'omnipraticiens, de spécialistes et de dentistes pour fournir des services assurés aux résidents de la province. Selon le dernier rapport de l'ICIS, la Nouvelle-Écosse se classe au deuxième rang au Canada pour le rapport médecins-population.
Dentistes	394			
Infirmiers (ères) autorisés	8 840	permanent t/pl permanent t/pa occasionnel t/pl occasionnel t/pa	54 % 24 % 6 % 17 %	Augmentation générale par rapport à l'année précédente.
Infirmiers (ères) auxiliaires	2 888	permanent t/pl permanent t/pa convention collective occasionnel t/pl occasionnel t/pa	51 % 32 % 18 %	
Techniciens (nes) en radiologie	392	convention collective permanent t/pl permanent t/pa occasionnel t/pl occasionnel t/pa	 70 % 20 % 5 % 5 %	Taux de départs de 28 % au cours des huit prochaines années.
Radiothérapeutes	26			Taux de départs de 9 %.
Techniciens (nes) en médecine nucléaire	58			Taux de départs de 12 %.
Spécialistes de l'échographie	76			Taux de départs de 11 %.
Spécialistes en cytologie diagnostique	33			Taux de départs de 11 %.
Classeurs des archives médicales	169			Taux de départs de 11 %.
Techniciens (nes) de laboratoire médical	1 000			Taux de départs de 29 %.
Inhalothérapeutes	186			Taux de départs de 17 %.
Taux de participation générale	Dans l'ensemble, la participation des professionnels de la santé dans la fourniture de services assurés est acceptable en Nouvelle-Écosse.			

En 1999-2000, la Nouvelle-Écosse a eu recours à la télémédecine pour dispenser les services suivants (tableau 2).

Tableau 2

Type d'événements ayant nécessité la télémédecine	Nombre d'événements
Cas de téléradiologie	15 991
Séances d'étude	1 031
Consultations cliniques	410
Réunions administratives	332
Conférences sur des cas cliniques	32

Le ministère de la Santé vérifie actuellement son système de soutien décisionnel pour s'assurer de la façon d'obtenir des données provinciales plus détaillées sur les délais.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

La Nouvelle-Écosse se classe au deuxième rang au Canada pour le rapport médecins-population. Au 31 décembre 1999, 1 871 médecins et 55 dentistes fournissaient des services assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé ou des lois provinciales. Des solutions de financement innovatrices, comme le financement global et les marchés de services personnels, ont permis d'accroître le recrutement.

Depuis 1995, le nombre de médecins a augmenté de 7 p. 100 en Nouvelle-Écosse. Des mesures incitatives ont été mises de l'avant (l'indemnité de déménagement, p. ex.). Un programme de recrutement permanent a remporté beaucoup de succès. Il a permis l'implantation de médecins dans des zones offrant moins de services.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la formation médicale en médecine générale par l'ajout de douze postes. La province tient aussi des activités de recrutement permanentes et fournit le financement pour lancer un programme de réinsertion à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent suivre une formation spécialisée après avoir effectué deux années de médecine générale dans la province.

5.4 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act, Revised Statutes of Nova Scotia*, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre la *Medical Society of Nova Scotia* et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. La *Medical Society of Nova Scotia* est reconnue à titre de seule agente de négociation en faveur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de la *Medical Society of Nova Scotia* et du ministère de la Santé discutent du financement global, des autres modalités et conditions et des améliorations que la *Medical Society* soumet compte tenu des restrictions financières de la province. Chaque entente négociée prévoit une clause d'arbitrage exécutoire en cas d'impasse au cours du règlement des différends. L'entente-cadre actuelle, qui est en place depuis le 1er avril 1987 et qui expire le 31 mars 2001, comporte un autre mode de règlement des différends.

Elle établit la valeur unitaire principale accordée aux services de médecin et aborde diverses questions, notamment la rémunération des médecins de garde ou de rappel, le fonds des avantages sociaux des membres, le financement de l'Association canadienne de protection médicale et le financement de la stabilisation des redevances. L'entente comporte en outre une disposition concernant le remboursement de la TVH. La rémunération à l'acte demeure toujours le mode de paiement le plus courant pour les services de médecin. Le taux de rémunération horaire, la rémunération horaire et la rémunération à la consultation figurent parmi les autres modes.

En 1998-1999, les paiements aux médecins de la Nouvelle-Écosse ont été de 317 527 840 $. Le Ministère a payé 4 153 879 $ de plus pour des services médicaux rendus à l'extérieur de la province.

Les taux de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et la *Nova Scotia Dental Association*. Le processus de négociation de ces taux est semblable à celui des services de médecin. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'actuelle entente prend fin le 31 mars 2001.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires, consulte les hôpitaux et établit des budgets approuvés en conséquence. Les prévisions approuvées constituent la base sur laquelle sont fondés les paiements versés aux hôpitaux en vertu du régime chaque année.

En 1999-2000, il y avait un nombre total de 3 125 lits d'hôpital (3.3 par 1000 résidents) en Nouvelle-Écosse. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés ont été de 812,8 millions de dollars. Les Paiements aux hôpitaux à l'extérieur de la province pour les services assurés rendus à des résidents de la Nouvelle-Écosse ont été 9,7 millions de dollars. Le nombre total de radiations d'hôpitaux ont été de 208 580.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La *Health Services and Insurance Act, Revised Statutes of Nova Scotia*, chapitre 197, reconnaît la contribution versée par le gouvernement fédéral à la Nouvelle-Écosse relativement au coût des services hospitaliers assurés et des services de santé assurés fournis aux résidents de la province. Les résidents de la Nouvelle-Écosse sont au courant des négociations continues qui se déroulent entre les provinces et le gouvernement fédéral grâce aux communiqués de presse et à la couverture médiatique, et savent que le financement fédéral versé au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux contribue partiellement à la prestation des services médicaux assurés dans la province.

7.0 Services complémentaires de santé

Les services indiqués ci-après ne sont pas considérés comme étant requis sur le plan médical et, à ce titre, ne constituent pas des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

Maisons de repos

En Nouvelle-Écosse, les maisons de repos fournissent principalement des soins de niveaux I et II aux aînés. Les soins de niveau I visent les résidents des maisons de repos qui requièrent des soins personnels et de l'aide pour effectuer leurs activités quotidiennes. Les soins de niveau II incluent ceux du niveau I, plus des soins infirmiers spécifiques. Les soins de niveau II augmentent de façon importante au fur et à mesure que la population vieillit. Le phénomène du vieillissement sur place s'entend des aînés de niveau I qui passent rapidement au niveau II.

Soins en établissement pour adultes

En Nouvelle-Écosse, les soins en établissement pour adultes relèvent du ministère des services communautaires. Cependant, il existe des établissements de soins pour bénéficiaires internes qui fournissent les soins de niveau 1 décrits ci-devant.

Services de soins à domicile

Le programme Home Care Nova Scotia a été introduit en 1995. Ce programme permet aux aînés de rester plus longtemps dans leur domicile, ce qui retarde leur admission dans un établissement de soins de longue durée. Le programme *Home Care Nova Scotia* fournit principalement des soins personnels au domicile des clients et des soins infirmiers, s'il y a lieu. Il comporte deux volets importants : les soins de longue durée et les soins actifs. Le premier volet compte pour environ 80 p. 100 des clients, et le deuxième compte pour 15 à 20 p. 100 des clients, ce qui permet d'obtenir des congés hâtifs de l'hôpital. Le programme englobe aussi un programme d'oxygénothérapie à domicile, lequel est encore en voie d'élaboration. D'autres éléments s' y ajouteront dans l'avenir : ergothérapie/ physiothérapie; travail social; soins palliatifs; pédiatrie; autres services jugés nécessaires.

La Nouvelle-Écosse procède à la mise en application d'un modèle d'accès à inscription unique. Ce modèle fera l'objet d'une démonstration le 1er octobre 2000 et sera mis en application le 1er avril 2001.

Nouveau-Brunswick

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-santé est connue sous le nom de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, promulguée le 1er janvier 1971, et de son règlement d'application, le ministre de la Santé du Mieux-être est l'instance publique responsable de la gestion et du fonctionnement du régime.

La Loi et son règlement stipulent les critères d'admissibilité, les droits des prestataires et les responsabilités de l'autorité provinciale, lesquelles comprennent l'établissement d'un régime de services de santé et la définition des services assurés et non assurés. La Loi régit également les types d'accords que l'autorité provinciale peut conclure avec d'autres provinces ou territoires et avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour des services autorisés, le mode d'évaluation des comptes pour des services autorisés ainsi que les questions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, dans la mesure où celles-ci sont liées à l'exécution de la Loi.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est responsable de l'établissement d'un régime de services médicaux, en vertu duquel on détermine qui sont les prestataires du régime, quels services sont et ne sont pas couverts ainsi que les montants à payer pour les services autorisés. En vertu du régime, le ministre évalue et vérifie les factures présentées par les médecins par l'entremise d'inspecteurs qu'il a lui-même nommés et d'un comité de revue professionnelle. Le ministre a également le pouvoir de recouvrer les coûts de services autorisés auprès d'une personne négligente.

1.2 Liens hiérarchiques

La direction de l'Assurance-maladie de la division de la Santé publique et des Services médicaux du ministère de la Santé et du Mieux-être est chargée de la gestion du régime. Le Ministre s'acquitte de son obligation de rendre compte soit par l'entremise du rapport annuel du Ministère, soit dans le cadre du processus législatif habituel.

1.3 Vérification des comptes

Trois groupes distincts ont le mandat d'effectuer des vérifications touchant au régime de services médicaux.

1. **Vérificateur général**

   - En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général procède à la vérification externe des comptes de la province du Nouveau-Brunswick incluant les dossiers financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être. Pour l'exercice 1999-2000, toutes les transactions du Ministère ont été soumises à la vérification. Ces procédures sont suivies de façon systématique chaque année. À la suite de la vérification, le vérificateur général émet et une lettre de recommandations ou un rapport sur les erreurs relevées et les faiblesses de contrôle.

2. Bureau du contrôleur

- Le contrôleur est le vérificateur interne en chef de la province du Nouveau-Brunswick. Il est chargé de mener à bien les activités de vérification interne conformément aux responsabilités et pouvoirs énoncés dans la *Loi sur la gestion des finances publiques*. L'objectif d'une vérification interne est de couvrir tous les aspects du mandat du contrôleur : vérification des affectations de crédit, des systèmes d'information, de l'optimisation des ressources et vérifications légales. Le travail de vérification accompli par le Bureau varie selon la nature de l'entité vérifiée.
- La vérification la plus récente, un examen de contrôle interne de l'Assurance-maladie, a été menée pour l'exercice 1998-1999. L'objectif de l'examen était d'assurer que des mesures de contrôle adéquates à l'égard du paiement des services couverts par l'assurance-maladie sont en place. Les examinateurs ont conclu que, dans l'ensemble, le système de vérification et d'évaluation en place offre une assurance raisonnable que les paiements sont exacts et fondés. Ils ont formulé des recommandations pour améliorer l'efficience et la portée des mesures préventives adoptées pour la gestion des recouvrements associés à la vérification du paiement des services couverts par l'Assurance-maladie.

3 Vérification interne du ministère de la Santé et du Mieux-être

- Le groupe de vérification interne du Ministère a été mis sur pied pour examiner et évaluer de façon indépendante les activités du Ministère, à tous les niveaux de gestion. Ce groupe est chargé de fournir à la direction de l'information sur l'adéquation et l'efficacité du système de contrôle interne et sur sa conformité à la Loi et aux politiques établies. Il effectue des vérifications des programmes et produit des rapports sur l'efficacité de ces derniers en regard de l'atteinte des objectifs du Ministère.
- Les examens des programmes sont habituellement effectués sur une base cyclique, chaque programme important étant examiné une fois tous les trois à quatre ans. Aucun examen de ces programmes n'a été effectué au cours de l'exercice 1999-2000.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont assujettis à la :

- *Loi sur les services hospitaliers (1973)* et à son Règlement 86-74. L'article 9 du *Règlement* détermine les services autorisés.
- *Loi hospitalière*, sanctionnée le 20 mai 1992 et son Règlement *92-84*.

En 1999-2000, l'article 1 de la *Loi sur les services hospitaliers* et son Règlement 84-167 ont été amendés pour refléter les modifications des ministères du gouvernement. L'expression « Santé et Mieux-être » a remplacé toutes les références à « Santé et Services communautaires ».

La Loi établit huit corporations hospitalières régionales. Chacune d'elles comprend un établissement régional et un certain nombre d'établissements plus petits qui offrent tous des services assurés aux malades hospitalisés et

aux malades externes. Chaque corporation hospitalière régionale regroupe d'autres établissements sanitaires ou centres de santé sans lits désignés qui offrent un éventail de services autorisés aux personnes admissibles.

Les modifications à la prestation des services hospitaliers, proposées par les corporations hospitalières régionales, sont examinées par la direction des Services hospitaliers du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick; si elles sont jugées acceptables, elles sont approuvées par le ministre. Bien qu'il n'existe pas de procédure normalisée pour la consultation du public, des représentants du public siègent aux conseils des corporations hospitalières régionales.

Aucune activité hospitalière autre que celles qui sont précisées dans la Loi n'est autorisée. On incite les hôpitaux à obtenir l'agrément de la *Canadian Association on Health Facilities*, mais ce n'est pas obligatoire.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés au Nouveau-Brunswick est la *Loi sur le paiement des services médicaux (LPSM)*.

La LPSM a été sanctionnée le 6 décembre 1968. Le Règlement 84-29 a été déposé le 13 février 1984, le Règlement 93-143, le 26 juillet 1993, le Règlement 96-113, le 29 novembre 1996 et le Règlement 84-20 de l'annexe 4 (se rapportant aux services de chirurgie dentaire), le 13 avril 1999.

Deux amendements ont été adoptés au cours de l'exercice 1999-2000, concernant les services médicaux assurés.

1) L'article 8 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* a été amendé par l'ajout suivant.

> 8(1.1) Nonobstant l'alinéa (1)b), il est interdit à toute personne chargée de l'exécution de la présente loi de divulguer à un médecin le nom de toute personne qui s'est plainte auprès de l'autorité provinciale des pratiques de facturation du médecin ou de sa dispensation de services assurés, ou la nature de la plainte, sauf dans les cas que prescrit la loi ou lorsque la question faisant l'objet de la plainte est référée au Comité de revue professionnelle en vertu de l'article 5.5.

2) Les articles 14.5 (1) (2), 2, 3, 4 ont été amendés le 13 avril 1999. Ces modifications étaient nécessaires pour refléter la hausse des plafonds individuels.

Le régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick couvre les médecins qui fournissent des services médicalement requis. Les conditions qu'un médecin doit remplir pour participer au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick sont les suivantes :

- être inscrit et autorisé par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
- être membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
- détenir des privilèges dans une corporation hospitalière régionale;
- être signataire de l'entente des médecins participants.

Il y avait 1 350 médecins qui adhéraient à la *Loi sur le paiement des services médicaux* au 31 mars 2000.

Les médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se retirer du régime, pour l'ensemble des services ou pour certains d'entre eux. Les médecins qui ont opté pour le retrait ne sont pas directement payés par l'assurance-maladie pour les services qu'ils rendent. Ils doivent directement facturer leurs patients dans tous les cas. Les patients ne sont pas admissibles à un remboursement de l'assurance-maladie.

Les médecins ne peuvent pas se prévaloir de la disposition relative au retrait dans le cas d'une urgence ou pour la continuation de soins entrepris sous couvert du régime. Si un médecin participant désire se retirer du régime pour un service particulier, il doit obtenir le consentement préalable du patient à être traité sans couverture, après quoi il peut facturer directement le patient pour le service rendu. Dans ces cas, le médecin doit toujours suivre la procédure suivante. Il doit aviser le patient à l'avance et respecter les dispositions suivantes.

a) Si les frais n'excèdent pas le tarif de l'assurance-maladie, le médecin doit remplir les formulaires de réclamation de l'assurance-maladie prescrits et indiquer le montant total exact exigé du patient. Le prestataire demande un remboursement en certifiant, sur le formulaire de réclamation, qu'il a bien reçu les services et en envoyant le formulaire au bureau d'assurance-maladie.

b) Si les frais excèdent le tarif de l'Assurance-maladie, le médecin doit donner au patient, avant de dispenser le service, les informations suivantes :

   - les frais excèdent le tarif et approuvé par le régime;
   - en acceptant de recevoir le service dans ces conditions, le prestataire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;
   - le patient a le droit d'obtenir les services d'un autre médecin qui participe au régime.

Le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire déterminé et envoyer ce dernier au bureau de l'assurance-maladie.

Jusqu'à présent, aucun médecin dispensant des services de santé n'a choisi de se retirer du régime.

L'éventail des services autorisés par l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick comprend l'aspect médical de tous les services médicalement requis rendus par les médecins. Il comprend également certaines procédures de chirurgie dentaire lorsqu'elles sont appliquées, soit par un médecin, soit par un chirurgien dentiste rendu dans un hôpital.

Toute personne, tout médecin ou le Ministère de la Santé et du Mieux-être peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout des nouveaux services, lequel est géré conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Ministère. La décision d'ajouter un service est habituellement fondée sur la notion de « nécessité médicale » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement acceptable (non expérimentale) au Nouveau-Brunswick et au Canada. La notion de « nécessité médicale » s'applique aux services médicalement requis pour conserver la santé, prévenir les maladies et pour diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une déficience. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Seuls les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale peuvent fournir l'éventail des services de chirurgie dentaires couverts par l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. Un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services qui doivent, pour des raisons médicales, être rendus dans un hôpital et qui sont compris dans l'annexe 4 du Règlement 84-20 (déposé le 23 juin 1998) de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. L'annexe 4 précise les services de chirurgie dentaire qui peuvent être fournis par un médecin qualifié dans un hôpital si la condition du patient exige que ces services soient fournis dans un hôpital

Pour participer au régime de services médicaux, les dentistes doivent être inscrits à la Société

dentaire du Nouveau-Brunswick et remplir l'entente des médecins participants (incluse dans le formulaire d'inscription à l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick/services dentaires).

Il y a 57 dentistes inscrits à l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick, mais nombre d'entre eux ne dispensent pas de services assurés.

Les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins et doivent suivre les même lignes directrices. Le Ministère ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non participants au Nouveau-Brunswick.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Services hospitaliers non assurés

Les services non assurés comprennent : les médicaments brevetés, les médicaments que le malade emporte à la maison, les services diagnostiques rendus au profit d'un tiers, les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques; la télévision ou le téléphone; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services hospitaliers directement associés aux services énumérés dans l'annexe 2 du Règlement de la *Loi sur le paiement des services médicaux.* Les services offerts aux personnes admissibles à d'autres régimes d'assurance fédéraux, provinciaux ou territoriaux ne sont pas couverts.

Il n'existe pas de politiques ou de lignes directrices spécifiques, autres que la Loi et ses Règlements, pour garantir que les frais perçus pour des produits ou services médicaux non assurés (c.-à-d. produits ou services améliorés tels que des lentilles intraoculaires, des pièces coulées en fibre de verre, etc.) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès raisonnable aux services assurés.

Services médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services énumérés à l'annexe 2 du Règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont spécifiquement exclus de la gamme des services autorisés par l'Assurance-maladie. Il s'agit nommément :

(a) des opérations plastiques facultatives ou d'autres services rendus à des fins esthétiques;
  (a.01) de la correction des mamelons invertis;
  (a.02) de l'augmentation mammaire;
  (a.03) de l'otoplastie, chez les personnes âgées de moins de 18 ans;
  (a.04) du retrait des lésions cutanées mineures, à moins que celles-ci soient ou soient soupçonnées pré-cancéreuses;
  (a.1) de l'avortement, à moins que celui-ci soit pratiqué par un spécialiste en obstétrique/gynécologie dans un établissement hospitalier approuvé par la province ou le territoire dans lequel il est situé et que deux médecins certifient par écrit que l'avortement est nécessaire sur le plan médical;
  (a.2) de l'assistance chirurgicale au cours d'une opération de la cataracte, à moins que cette assistance ne soit nécessaire en raison d'un risque d'échec de la procédure, autre que le risque inhérent au retrait de la cataracte elle-même, dû à l'existence d'une maladie ou de complications;

(b) des produits médicinaux, des médicaments, des matériels, des fournitures chirurgicales ou des prothèses;

(c) des vaccins, des sérums, des médicaments et des produits biologiques énumérés dans les articles 106 et 108 du Règlement 88-200 du Nouveau-Brunswick de la *Loi sur la santé*;

(d) des consultations ou des renouvellements d'ordonnances par téléphone qui ne sont pas spécifiquement désignées dans le

guide des tarifs;
(e) des examens de dossiers médicaux ou de certificats à la demande d'une tierce partie ou tout autre service rendu obligatoire par les règlements de l'hôpital ou par les règlements médicaux;
(f) des services dentaires fournis par un médecin;
(f.1) des services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme expérimentaux ou qui sont fournis dans le cadre d'une recherche appliquée;
(f.2) des services qui sont fournis en combinaison ou en relation avec des services désignés au paragraphe (f.1);
(g) des témoignages en cour ou devant tout autre tribunal;
(h) des vaccinations, des examens ou des certificats fournis pour des raisons de voyage, d'emploi, d'émigration ou d'assurance ou, encore, à la demande d'une tierce partie;
(i) des services rendus par des médecins à des membres de leur famille immédiate;
(j) de la psychanalyse;
(k) de l'électrocardiogramme (É.C.G.), à moins que celui-ci soit pratiqué par un spécialiste en médecine interne ou par un pédiatre;
(l) des procédures de laboratoire non comprises dans les frais d'un examen ou d'une consultation;
(m) des réfractions;
(m.1) des services fournis, dans la province, par des médecins ou des dentistes et dont les frais excèdent le montant payable en vertu de ce Règlement;
(n) de l'ajustement et de la fourniture de lunettes ou de lentilles cornéennes;
(o) du réassignement sexuel chirurgical;
(o.1) des services de radiologie fournis dans la province par une clinique de radiologie privée;
(p) de l'acuponcture;
(q) des examens médicaux complets, lorsqu'ils sont effectués aux fins d'une vérification périodique et non à des fins médicales;
(r) de la circoncision des nouveaux-nés;
(s) de l'inversion de la vasectomie;
(t) de la deuxième injection et des injections subséquentes visant à corriger l'impuissance;
(u) de l'inversion de la ligature des trompes;
(v) de l'IUI;
(w) de l'agrafage ou du pontage gastrique;
(x) de la ponction veineuse aux fins de prélèvement sanguin, lorsqu'elle est pratiquée comme une procédure simple dans un établissement autre qu'un hôpital approuvé.

Tous les services dentaires qui ne sont pas spécifiquement énumérés dans l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services médicaux énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la correspondance du service à la définition de « nécessité médicale », sur l'examen des régimes de services de santé en place au pays et sur l'utilisation antérieure de ce service particulier. Une fois que le retrait du service a été décidé, la *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule que le gouvernement ne peut apporter aucune modification au Règlement avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou avant que le délai imparti à cette dernière, par le ministre, pour fournir son avis et ses recommandations, ne soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est remplie. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé par les médias. Aucune consultation publique n'est menée. Aucun service médical ou de chirurgie dentaire n'a été retiré de la liste des services assurés au cours de l'exercice 1999-2000.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et son Règlement 84-20, articles 3 et 4, définissent l'admissibilité à l'assurance-maladie.

Les résidents doivent remplir une demande d'inscription à l'assurance-maladie et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne, de leur statut d'Autochtone ou, encore, un permis d'immigration canadien valide. Un résident est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et qui est habituellement présente au Nouveau-Brunswick; elle exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de la province.

Toute personne qui entre ou qui revient au Nouveau-Brunswick se voit imposer une période d'attente avant de devenir admissible au régime. La protection débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée. Une exception a été faite pour accorder une couverture, dès le premier jour, aux missionnaires de bonne foi qui étaient inscrits comme résidents du Nouveau-Brunswick au moment de leur départ du pays.

Les résidents qui ne sont pas admissibles sont les suivants :

- les membres réguliers des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada;
- les détenus sous responsabilité fédérale;
- les personnes en provenance d'une autre province qui sont entrées au Nouveau-Brunswick dans le but de poursuivre leur formation et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de cette province.

Les non-Canadiens qui détiennent certains types de permis d'immigration canadiens (par exemple, un permis de séjour pour étudiants).

Disposition prévue pour l'admissibilité:

- Les non-canadiens qui détiennent un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture, sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident du Nouveau-Brunswick admissible.

Dispositions prévues lors du changement de statut:

- Les membres des Forces canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada ou les détenus sous responsabilité fédérale sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération ou de leur élargissement s'ils résidaient au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande et fournir la date officielle de la libération ou de l'élargissement ainsi qu'une preuve de citoyenneté.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Un prestataire qui désire devenir admissible au régime doit s'inscrire, pour lui-même et pour toutes les personnes à sa charge âgées de moins de 19 ans, en remplissant un formulaire d'inscription fourni par le bureau de l'assurance-maladie à cette fin, ou, encore, il doit être inscrit par une personne agissant en son nom.

Une fois la demande approuvée, le prestataire et les personnes à sa charge sont inscrits, et une carte d'assurance-maladie munie d'une date d'expiration est émise pour chacun d'entre eux.

Un avis d'expiration comportant toute l'information familiale enregistrée, à cette date, dans les dossiers d'assurance-maladie est envoyé au prestataire deux ou trois mois avant

la date d'expiration de la carte d'assurance-maladie. Un prestataire qui désire demeurer admissible au régime doit confirmer l'information qui figure sur l'avis d'expiration, apporter tous les changements appropriés, signer le formulaire et le renvoyer au bureau de l'assurance-maladie. Le dossier est mis à jour sur réception du formulaire rempli, et une nouvelle carte est émise, accompagnée d'une nouvelle date d'expiration.

À l'heure actuelle, au Nouveau-Brunswick, seules les personnes considérées comme admissibles sont effectivement inscrites.

Tous les membres de la famille, c'est-à-dire, le prestataire, son conjoint et les personnes à charge de moins de 19 ans doivent s'inscrire comme une unité familiale. Les résidents qui cohabitent sans être légalement mariés peuvent s'inscrire comme une unité familiale s'ils en font la demande.

Il y avait 738 745 résidents inscrits au 31 mars 2000.

Les résidents peuvent choisir de se retirer du régime. On leur demande alors de fournir une confirmation écrite de leur intention. Cette information est ensuite ajoutée à leur dossier, et les prestations prennent fin. Seulement trois résidents ont décidé de se retirer du régime.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Les non-Canadiens qui sont détenteurs d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-maladie sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident admissible du Nouveau-Brunswick et s'ils demeurent en possession d'un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir leur document d'immigration mis à jour. Environ 50 personnes étaient assurées dans ces conditions au cours de l'exercice 1999-2000.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Il existe une période d'attente de trois mois. La couverture débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, Règlement 84-20, articles 3 (4) et 3 (5) définit la transférabilité de l'assurance-santé au Canada lors d'un séjour temporaire au Canada.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans une autre province bénéficient d'une couverture pour une période de douze mois renouvelable, aux conditions suivantes :

- ils communiquent avec le bureau d'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne bénéficient pas d'une assurance-maladie dans une autre province.

Les résidents qui sont temporairement employés dans une autre province ou territoire bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à douze mois aux conditions suivantes :

- ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur de la province;
- ils ne bénéficient pas d'une couverture dans une autre province ou territoire;
- ils ont l'intention de revenir au Nouveau-Brunswick.

S'ils sont absents pour plus de douze mois, les résidents doivent demander une couverture dans la province ou le territoire où ils sont employés et ils devraient y être admissibles le premier jour du treizième mois.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des accords officiels avec toutes les provinces et les territoires pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des accords réciproques avec toutes les provinces, excepté le Québec, pour la prestation des services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des patients du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec si le service est assuré au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation payée soumise par le patient est remboursée conformément aux règlements du Nouveau-Brunswick.

Sommes versées par le Nouveau-Brunswick aux autres provinces et territoires durant l'exercice 1999-2000 :

Services à des malades hospitalisés	Services à des malades externes	Services médicaux
22 473 974,19 $	4 235 428,57 $	7 489 796 $

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, Règlement 84-20, articles 3 (4) et 3 (5) définit la transférabilité de l'assurance-maladie durant des séjours temporaires à l'étranger.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de douze mois renouvelable, aux conditions suivantes :

- ils fournissent une preuve d'inscription;
- ils communiquent avec le bureau de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils n'établissent pas leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne bénéficient pas d'une assurance-maladie ailleurs.

Employés temporaires. Les résidents qui sont employés temporairement à l'extérieur du pays bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à douze mois, même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour une période plus longue, pourvu qu'ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur du pays. Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour raisons de travail ou de vacances, nécessite une « approbation du directeur ». Cette approbation ne peut être accordée que pour une période n'excédant pas douze mois et une seule fois tous les trois ans. Les familles de ces résidents sont toujours couvertes par le régime si elles continuent à demeurer au Nouveau-Brunswick.

Exception applicable aux employés temporaires. Les employés mobiles sont des résidents dont les conditions d'emploi nécessitent qu'ils voyagent fréquemment à l'extérieur de la province. Il faut respecter certaines conditions pour être désigné employé mobile :

- la demande doit être soumise par écrit;
- il faut fournir de la documentation pour prouver son statut d'employé mobile, c'est-à-dire, une lettre de l'employeur, une photocopie des permis d'immigration;
- la résidence permanente doit demeurer au Nouveau-Brunswick;
- il faut revenir au Nouveau-Brunswick durant les périodes libres.

La désignation d'employé mobile est assignée pour une période maximale de trois ans, après quoi le résident doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau la documentation pour confirmer son statut.

Une disposition spéciale assurant une couverture durant une période maximale de deux ans est prévue pour les enseignants du Nouveau-Brunswick qui sont employés en Louisiane.

L'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ne couvre, à l'extérieur du pays, que les services ambulatoires d'urgence, médicaux et hospitaliers, et les services aux malades hospitalisés qui en résultent. L'assurance-maladie paie les coûts des services médicaux associés aux interventions d'urgence au tarif en vigueur au Nouveau-Brunswick. Les frais d'établissements pour les coûts associés aux services médicaux sont payables en fond canadien, c'est-à-dire, 100 $ par jour pour un malade hospitalisé et 50 $ par visite pour un malade externe.

L'assurance-maladie couvre les services fournis à l'étranger qui ne sont pas disponibles au Canada, après approbation préalable seulement. Les résidents peuvent choisir d'obtenir, à l'étranger, des services non urgents; ceux qui reçoivent ces services assumeront toutefois la responsabilité de la totalité des coûts.

1999 - 2000		
Services fournis aux malades hospitalisés	**Services fournis aux malades externes**	**Services médicaux**
487 760 $	105 782 $	356 128 $

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les résidents du Nouveau-Brunswick peuvent être admissibles au remboursement de services médicaux non urgents fournis à l'étranger s'ils remplissent certaines conditions :

- le ou les services nécessaires ne sont pas disponibles au Canada;
- ils sont fournis dans un hôpital figurant sur la liste du Guide de l'AHA (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de santé, des réseaux, des alliances, des organisations de santé, des agences et des dispensateurs de soins);
- ils sont fournis par un médecin en titre;
- ils constituent une méthode de traitement acceptée et reconnue par la communauté médicale et scientifiquement fondée - les procédures expérimentales ne sont pas couvertes.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander une approbation préalable au bureau de l'assurance-maladie pour bénéficier d'une couverture. Le médecin, le patient ou un membre de sa famille doit demander une approbation préalable pour recevoir ces services à l'étranger et fournir toute la documentation à l'appui.

Les deux services suivants font l'objet d'une exemption dans la politique de couverture à l'étranger.

- L'hémodialyse. Les patients doivent obtenir une approbation préalable, et l'assurance-maladie remboursera le résident à un tarif équivalent au tarif interprovincial.

- Les tests d'allergie pour la sensibilité aux substances présentes dans l'environnement. Tous les tests envoyés à l'extérieur du pays seront remboursés à concurrence de 50 $ par jour, un montant équivalent au coût d'une visite de malade externe.

Une approbation préalable est également nécessaire pour l'aiguillage des patients vers des hôpitaux et des centres psychiatriques situés à l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'entente de facturation réciproque. Une demande d'approbation préalable doit être envoyée par le médecin traitant.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Puis qu'il n'existe aucun ticket modérateur au Nouveau-Brunswick, tous les résidents ont un accès égal aux services de santé assurés.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le plan directeur du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick détermine le nombre de lits approuvés par corporation hospitalière régionale. Le tableau ci-après présente le nombre de lits approuvés en date du 31 mars 2000.

Tableau 1
Nombre total de lits approuvés, septembre 2000

Type de lit		Nombre	Pourcentage
Non-tertiaire	Soins actifs	2878	69 %
	Soins analeptiques	397	10 %
	Toxicomanie	174	4 %
	CORCAN	2	0 %
	Anciens Combattants Canada	187	4 %
	Somme partielle	3638	88 %
Tertiaire	Oncologie	80	2 %
	Chirurgie cardiaque	26	1 %
	Neurochirurgie	46	1 %
	Psychiatrie tertiaire	346	8 %
	Réadaptation tertiaire	20	0 %
	Somme partielle	518	12 %
Total pour la province		4156	100 %

Au 31 mars 2000, un nombre total de 3 979,34 infirmières autorisées (équivalent temps plein) était nécessaire pour fournir les services dans tous les établissements hospitaliers de la province, pour une période typique de 24 heures d'activité.

Tous les établissements qui offrent des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* possèdent l'équipement ou les systèmes médicaux, chirurgicaux, de réadaptation et de diagnostic correspondants à leur niveau de soin désigné. Au 31 mars 2000, la province était équipée de neuf tomodensitomètres, un pour chacune des corporations hospitalières régionales et une unité supplémentaire pour la corporation hospitalière régionale de la région 2. La province possède également deux appareils d'imagerie par résonnance magnétique.

Au cours de l'exercice 1999-2000, les initiatives suivantes ont été mises en oeuvre pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés au Nouveau-Brunswick.

- Un projet pilote de télépsychiatrie a été mené par la corporation régionale hospitalière de la région 2 pour offrir un accès amélioré à la consultation psychiatrique aux patients résidant dans les zones rurales.
- La télénéphrologie a été introduite par la corporation hospitalière régionale de la région 1 (Beauséjour).
- Le comité provincial de coordination des services rénaux a été établi.
- La dialyse rénale a été introduite par la corporation hospitalière régionale de la région 3.
- Un appareil mobile d'imagerie par résonance magnétique a été introduit par les corporations hospitalières régionales des régions 3 et 4.
- Un comité de planification du système a été mis sur pied pour conseiller le ministre en ce qui a trait à la planification du système de santé et pour garantir que les décisions prises par le gouvernement sont fondées sur des faits et reflètent à la fois les perspectives régionales et la vision provinciale.
- Un soutien financier a été accordé à la corporation hospitalière régionale de la région 1 (Beauséjour) pour les services d'oncoradiologie.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Un nombre total de 629 médecins de famille, 721 spécialistes et 12 dentistes offraient des services assurés au Nouveau-Brunswick durant l'exercice 1999-2000.

Le plan relatif aux ressources médicales de la province fixe le nombre de médecins de famille et de spécialistes requis, par région sanitaire, pour 2003-2004. On a mis en oeuvre une stratégie de recrutement et de maintien en poste des médecins dotée d'un budget annuel de 6,8 millions de dollars.

Au cours de l'exercice 1999-2000, le Ministère a lancé une stratégie complète et pluriannuelle de recrutement et de maintien en poste destinée à attirer dans la province des médecins de familles et des spécialistes nouvellement autorisés. Cette stratégie comprend notamment : l'embauche d'un agent de recrutement des médecins; l'élargissement des débouchés pour les médecins formés à l'étranger; la mise en oeuvre d'un programme d'emploi d'été pour les étudiants en médecine et le parrainage de la formation surnuméraire; la constitution d'un bassin provincial de médecins suppléants pour assurer les remplacements en cas de vacances ou de maladie; la création de primes d'emplacement pour les médecins désireux de pratiquer dans des zones où le recrutement s'avère difficile; la création de dix sièges supplémentaires à la faculté de médecine de l'Université Memorial pour l'automne 2000; l'accroissement de l'engagement du gouvernement à l'égard des études supérieures des médecins de famille; le travail visant la hausse de la rémunération des médecins pour atteindre la parité avec les autres provinces de l'Atlantique.

Cette stratégie ayant été mise en oeuvre à la fin de l'exercice 1999-2000, les premiers résultats qui pourront être communiqués seront disponibles au cours de l'année 2000-2001.

5.4 Rémunération des médecins

L'accord actuel conclu entre le Ministère de la Santé et du Mieux-être et la Société médicale du Nouveau-Brunswick est le protocole d'entente pour 1999-2000 qui expire en mars

2000. Des discussions sont en cours pour l'année 2000-2001. La Loi prévoit un mécanisme de règlement des différends qui comprend la médiation et l'arbitrage exécutoire.

Aucun processus de négociation officiel n'est prévu pour les dentistes.

Les Règlements 84-20, 93-143 et 96-113 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* régissent les paiements aux médecins et aux dentistes.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la fourniture de services de santé assurés sont multiples : rémunération à l'acte, salaire, rémunération à la vacation ou autres modes de rémunération qui peuvent faire intervenir un système de rémunération mixte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les principales lois qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit leur financement. Mis à part les amendements adoptés pour modifier le nom du Ministère (désormais appelé Ministère de la Santé et du Mieux-être), aucune modification n'a été apportée au cours de l'exercice 1999-2000 concernant le processus de paiement aux hôpitaux.

Le Ministère utilise deux éléments de la Loi pour distribuer les fonds disponibles aux corporations hospitalières régionales.

1) Le principal élément est fondé sur le « niveau de service actuel ». Il concerne cinq services de soins aux patients :

   - les services tertiaires (cardiologie, dialyse, oncologie);
   - les services psychiatriques (unités et établissements psychiatriques);
   - les programmes spécialisés (p. ex., services de toxicomanie);
   - les services communautaires (programmes extra-muraux, centres de santé);
   - les soins généraux aux malades.

   S'ajoutent à ces services des services de soutien qui ne sont pas axés sur les soins aux malades (p. ex. administration générale, buanderie, alimentation, alimentation en énergie, etc.).

   L'approche axée sur le niveau de service actuel établit des budgets de base pour les huit corporations hospitalières régionales pour les programmes et services susmentionnés, assortis de mesures pour les volumes de population et de services. Les budgets de base sont ensuite ajustés annuellement pour tenir compte de l'inflation et d'autres facteurs tels que les salaires de base négociés à l'échelle de la province.

2) On prévoit une injection graduelle de fonds, selon une formule de distribution des fonds axée sur la population, à partir des exercices 1999-2000 et 2000-2001. Cette méthode vise à prévoir la distribution appropriée des fonds disponibles pour les corporations hospitalières régionales selon les caractéristiques démographiques de la population et les parts de marché que représentent les volumes de patients, les cas étant mesurés par pondération du volume des ressources. À l'heure actuelle, cette méthode convient mieux aux volumes de malades hospitalisés en raison du manque de méthodes de répartition par groupes et de pondération applicables aux volumes de malades externes, notamment pour les services ambulatoires externes tels que l'oncologie et l'hémodialyse.

Le processus budgétaire actuel peut s'étendre sur plus d'un exercice et inclure plusieurs étapes. Tous les ans, au mois de janvier, les corporations hospitalières régionales présentent

au Ministère leurs prévisions de données d'utilisation et de revenus pour l'année financière suivante, de même que leurs données d'utilisation et leurs revenus pour les neufs premiers mois de l'année en cours. Ces chiffres, ainsi que les états financiers vérifiés des deux années antérieures, sont utilisés pour évaluer les niveaux de financement prévus pour chaque corporation hospitalière régionale.

Des modifications sont apportées au budget au cours de l'année pour permettre des ajustements aux programmes et services pertinents sur une base périodique ou non. Le processus de règlement de fin d'année ajuste le budget annuel total approuvé pour chaque corporation hospitalière régionale en fonction de ses états financiers vérifiés, ainsi que les revenus et dépenses prévus en fonction des revenus et dépenses réels.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La province reconnaît invariablement le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, par l'intermédiaire des documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. Le Nouveau-Brunswick ne produit pas de documents de promotion sur ses prestations d'assurance-maladie ou d'assurance hospitalisation.

7.0 Services complémentaires de santé

Le Programme de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick, un service non assuré, a été transféré au Ministère des Services familiaux et communautaires en date du 1er avril 2000. Les soins en foyers de soins infirmiers sont fournis par l'intermédiaire du Programme des Services de foyers de soins du Ministère des Services familiaux et communautaires. D'autres services en établissement sont disponibles par l'entremise de diverses agences et sources de financement.

Services résidentiels et complémentaires

Le tableau 2 ci-après énumère les services en établissements et les services de soins prolongés disponibles au Nouveau-Brunswick au 31 mars 2000. Les foyers de soins sont des organismes privés sans but lucratif, à l'exception d'un seul qui est propriété de la province. Pour y être admis, les clients doivent subir un processus d'évaluation fondé sur des critères spécifiques relatifs à leur état de santé.

Les établissements résidentiels pour adultes sont, pour la plupart, des établissements privés à but lucratif. Le nombre de lits disponibles varie constamment avec l'ouverture ou la fermeture de résidences par les propriétaires. Les clients sont admis après avoir subi le même processus d'évaluation que dans les foyers de soins infirmiers.

Les logements subventionnés sont réservés aux personnes âgées à faible revenu. Les critères d'admission sont exclusivement fondés sur l'âge et sur la situation financière des clients. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada offrent des services à certaines des unités.

Tableau 2 Disponibilité des soins résidentiels et complémentaires	
Service	**Nombre d'unités ou de lits**
Lits en/foyers de soins	4140
Établissements résidentiels pour adultes* (lits)	5341
Logements subventionnés (unités)	2088
Total pour la province	11569

* Comprend les foyers de soins spéciaux et les résidences communautaires.

Soins ambulatoires

Au Nouveau-Brunswick, les soins ambulatoires comprennent des soins fournis dans les salles d'urgences des hôpitaux, des soins de jour et de nuit fournis à l'hôpital et des soins cliniques en autant qu'ils sont disponibles dans les établissements hospitaliers et les centres de santé. Ce service est considéré comme un service assuré par le régime de services hospitaliers.

Programme extra-mural

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, aussi nommé « l'hôpital à la maison », est un programme de traitement actif qui assure des soins actifs, des soins palliatifs et des soins de longue durée dans la communauté, par exemple, à domicile, dans des foyers de soins ou dans des écoles publiques. Depuis 1996, les huit corporations hospitalières régionales ont assumé la responsabilité de la mise en oeuvre du Programme extra-mural. Les dispensateurs de soins comprennent des infirmières, des travailleuses sociales, des diététistes, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes. Le service est considéré comme un service assuré par le régime de services hospitaliers.

Québec

Énoncé du Québec

Dans le présent rapport, les renseignements relatifs au Québec sont présentés de la même manière que dans les précédents rapports annuels préparés par Santé Canada pour répondre, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, aux exigences de cette législation.

Le gouvernement du Québec, en vertu de sa compétence constitutionnelle en matière de santé, rend des comptes à l'Assemblée nationale et aux citoyens québécois sur sa gestion des services de santé. À cette fin, il rend publics, de façon régulière, divers documents et rapports traitant, notamment, de l'état de santé de la population, la satisfaction des patients et l'organisation des services de santé et des services sociaux sur son territoire. La majorité de ces documents sont accessibles via le site internet du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Réponse du gouvernement fédéral au Québec

Le ministre de la Santé doit rendre compte au Parlement et aux Canadiens de la manière dont il surveille la conformité à la *Loi canadienne sur la santé* dans les provinces et les territoires. L'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé* exige qu'un rapport annuel au Parlement soit établi, au plus tard le 31 décembre de chaque année, sur l'administration de cette loi au cours du précédent exercice. Ce rapport annuel doit contenir « tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi ». Pour remplir cette obligation statutaire, le ministre de la Santé doit obtenir l'information directement des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires.

En 1999, le vérificateur général du Canada a recommandé ce qui suit : « Dans ses rapports annuels au Parlement, Santé Canada devrait préciser dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*. Lorsque le Ministère n'inclut pas cette information dans ses rapports, il devrait expliquer clairement la raison de cette absence. » Cette année, pour mieux surveiller et évaluer la conformité à la LCS, comme l'a recommandé le vérificateur général, Santé Canada a normalisé le format du rapport annuel sur la LCS et en a élargi le contenu afin que le lecteur comprenne mieux la nature des services assurés fournis par les provinces et les territoires. À cet égard, Santé Canada a examiné l'information contenue sur le site internet du Québec et a conclu qu'elle était insuffisante pour que les citoyens déterminent, notamment, si les cliniques privées ont facturé les patients pour des services assurés ou si les services assurés sont transférables tels qu'exigés par la LCS.

Toutes les provinces et tous les territoires ont été informés des changements apportés aux exigences en matière de format et de contenu et ont été offerts des conseils techniques et de l'aide pour compléter leurs soumissions, et ce, dans le cadre de plusieurs conférences téléphoniques et d'une réunion multilatérale; toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, ont accepté de se conformer au format et au contenu de la nouvelle soumission. Le gouvernement fédéral est préoccupé par le fait que le Québec n'ait pas fourni suffisamment d'information pour permettre d'évaluer efficacement la conformité à la LCS et pour satisfaire aux recommandations du vérificateur général. Dans l'entente en matière de santé qu'ils ont signé le 11 septembre 2000, les premiers ministres se sont engagés à renforcer et à renouveler les services de santé financés à l'aide des fonds publics en resserrant le partenariat et la collaboration. Le gouvernement fédéral continuera de travailler avec le Québec afin d'assurer que l'information soit rendue disponible pour démontrer la conformité à la *Loi canadienne sur la santé*.

Québec

Gestion publique

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers, certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (anciens centres hospitaliers de soins de longue durée)[1] et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Le traitement des maladies physiques et mentales est assumé par les centres hospitaliers et par certains centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers, tandis que les services assurés de consultation externe sont principalement dispensés dans les centres d'hébergement et dans les CLSC.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie, de radiologie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie de moindre importance (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux; l'ablation de dent ou de racine lorsque l'état de santé du bénéficiaire nécessite des services hospitaliers.

[1] Depuis le 1er octobre 1992, les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'hébergement font partie d'une seule catégorie d'établissements (centres d'hébergement et de soins de longue durée—CHSLD) sans que leur mission spécifique ne soit modifiée pour autant.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation *in vitro*; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Régime de soins médicaux

Les services assurés par ce régime comprennent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins; les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés : tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométropie de plus de 5,00 dioptries, mesurées au plan cornéen; toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins; tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes; toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la thermographie, la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu dans un lieu désigné par le Ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 40 ans ou plus et de moins de 50 ans présentant un facteur de risque important associé au cancer du sein et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette bénéficiaire depuis deux ans, ou encore à une bénéficiaire âgée de 50 ans ou plus à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette bénéficiaire depuis deux ans; la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique, l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain et l'ultrasonographie, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d'un service de radiologie, s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste; tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet; tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation, pour un problème de daltonisme

ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* et les prestataires d'assistance-emploi, les services optométriques; les services dentaires pour les enfants et les prestataires d'assistance-emploi, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires d'assistance-emploi; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres équipements qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1er janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires d'assistance-emploi et personnes âgées de 65 ans ou plus), les personnes qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance-médicaments. Le nouveau régime d'assurance médicaments couvre 3,2 millions de personnes assurées.

Universalité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou est réputée résider au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie pour être admissible aux programmes d'assurance maladie. Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence
Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résidant du Québec dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives. Les fonctionnaires du gouvernement du Québec, les employés d'un organisme sans but lucratif dont le siège social est au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme d'aide ou de coopération reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les conjoints et les personnes à charge de l'une ou l'autre de ces personnes maintiennent leur statut d'habitant de la province pourvu qu'ils avisent la Régie de leur absence.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province pour y chercher ou y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat alors que leur famille

demeure au Québec ou qu'elles y conservent une résidence. Leur statut de résidant peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec pour le compte d'une société dont le siège social est au Québec ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une résidence.

Maintiennent également leur statut d'habitant de la province les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles en avisent la Régie.

Certaines catégories de résidants, notamment les résidants permanents au sens de la *Loi sur l'immigration*, les Canadiens rapatriés et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada, les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis la qualité d'habitants du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur arrivée, de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est également fournie aux ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de trois mois ou plus ou qui y séjournent en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance-hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au taux établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1er novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre universitaire d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services offerts dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec paie l'hôpital ontarien au tarif moyen des centres spécialisés de l'Outaouais.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services spécialisés fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue et de North Bay.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Depuis le 1er septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 $CAN par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 $ par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 $ par traitement. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés. Les

services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger, les missionnaires et les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 p. 100 dans les autres cas.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Les bénéficiaires qui doivent recevoir à l'étranger des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 p. 100 avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service hospitalier en question est offert au Québec ou au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès le jour de son départ, d'être bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable
Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

Au 31 mars 2000, le Québec comptait 124 établissements ayant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 21 957 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée, au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les

établissements hospitaliers du Québec, il y eu entre le 1er avril 1998 et le 31mars 1999[2] plus de 774 000 admissions pour des séjours de courte durée et près de 283 000 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations et inscriptions ont représenté 6 386 447 jours d'hospitalisation.

Paiements aux centres hospitaliers
Le financement d'un centre hospitalier par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 1998-1999[2] aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à environ 5,23 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 76 018 000 $.

Mode de paiement des soins médicaux
Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

En 1999-2000, la Régie a versé un montant évalué à 2 626,0 millions de dollars aux médecins de la province rémunérés à l'acte, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,0 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile sont offerts. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont fondées sur un outil d'évaluation unique. Les CLSC reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou orientent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, les services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

[2] La dernière année pour laquelle ces données sont disponibles.

Ontario

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) est établi en vertu du chapitre H-6 de la *Loi sur l'assurance-santé* (Lois refondues de l'Ontario, 1990) pour offrir une assurance sur les coûts des services assurés dispensés dans les hôpitaux et les établissements de santé par les médecins et les autres professionnels de la santé. Le régime est sans but lucratif; il est géré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (voir l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-santé*).

1.2 Liens hiérarchiques

Les gestionnaires du régime d'assurance-santé de l'Ontario ne préparent pas de rapport spécifique à l'intention du ministre de la Santé et des Soins de longue durée. Le Ministère prépare un plan d'activités annuel qui inclut les activités associées au régime d'assurance-santé.

1.3 Vérification des comptes

Les comptes et les transactions du régime d'assurance-santé de l'Ontario sont vérifiés par le vérificateur provincial et publiés dans les Comptes publics de l'Ontario.

2.0 Intégralité

2.1 Services médicaux assurés

Les services hospitaliers assurés sont régis, en Ontario, par la *Loi sur l'assurance-santé* et son Règlement 552. La loi et ses règlements définissent les services assurés à l'égard des malades hospitalisés et des malades externes.

Les hôpitaux publics de l'Ontario sont soumis à la *Loi sur les hôpitaux publics*, laquelle comprend le Règlement 964 sur la classification des hôpitaux et le Règlement 965 sur la gestion des hôpitaux.

En 1999-2000, 182 hôpitaux publics dotés en personnel étaient en activité dans la province. Cent cinquante-quatre d'entre eux étaient des établissements de soins actifs, 21 des établissements de soins de longue durée, quatre, des hôpitaux généraux et des unités de réadaptation spéciale et trois, des hôpitaux spécialisés. Les établissements mentionnés ci-devant sont classés selon leur activité principale. Nombre d'entre eux fournissent toutefois un éventail de services hospitaliers. Par exemple, bon nombre d'hôpitaux de soins actifs offrent des services de longue durée, de la même manière que des établissements de soins de longue durée offrent des services de réadaptation, et ainsi de suite. Les hôpitaux publics sont agréés par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés comprennent l'hébergement dans une salle commune; les repas; les services infirmiers nécessaires; les procédures de laboratoire, de radiologie et les autres procédures de diagnostic; les médicaments, les préparations biologiques et les préparations

connexes; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des facilités anesthésiques.

Les services assurés fournis aux malades externes comprennent les procédures de laboratoire, de radiologie et les autres procédures de diagnostic; l'utilisation des installations de radiothérapie, de praxithérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles; l'utilisation des services de conseil diététique; l'utilisation de l'équipement, des fournitures et de la médication associés à la dialyse rénale à domicile et à la suralimentation à domicile; l'équipement, les fournitures et la médication fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison; la cyclosporine fournie aux patients greffés; la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine fournies aux patients infectés par le VIH; les hormones de croissance humaines biosynthétiques fournies aux patients souffrant de déficience en hormones de croissance endogènes; les médicaments destinés au traitement de la mucoviscidose et de la thalassémie; l'érythropoïétine fournie aux patients souffrant d'anémie à la phase terminale d'une maladie rénale; l'alglucérase administrée aux patients souffrant de la maladie de Gaucher; et la clozapine fournie aux patients souffrant d'une forme de schizophrénie résistante au traitement. De plus, une visite à l'hôpital pour l'administration d'un vaccin antirabique dans un service ambulatoire peut être admise sans frais aux personnes assurées.

Les services hospitaliers non assurés comprennent les frais supplémentaires pour l'hébergement préféré par le patient, à moins qu'il ne soit prescrit par un médecin; le téléphone; la télévision; les frais d'infirmières particulières; la chirurgie esthétique dans la plupart des cas; les médicaments à prendre à la maison, sauf certaines exceptions; et les visites à l'hôpital dont le seul but est d'administrer des médicaments, sauf exceptions.

Outre les services hospitaliers assurés, l'Ontario offre des services de longue durée, des services de santé mentale, dont l'exploitation d'hôpitaux psychiatriques provinciaux, l'élément résidentiel du Programme des foyers de soins spéciaux, les services d'ambulanciers (par voie aérienne et terrestre) dotés d'un élément de co-paiement par le patient, les traitements dentaires pour les patients souffrant d'une fissure labiale et/ou d'une fente palatine inscrits à une clinique désignée, et le financement pour un Programme de dépistage du cancer du sein.

Lorsque des services médicaux assurés sont fournis dans les installations agréées autres que les hôpitaux, et lorsque les coûts totaux des services assurés ne sont pas inclus dans les frais médicaux payés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le Ministère offre un financement des frais d'établissement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* qui interdit les frais d'établissement aux patients. Les frais d'établissement comprennent le coût des installations, de l'équipement, des fournitures et du personnel utilisé pour offrir un service assuré, lorsque ces coûts ne sont pas inclus dans les frais du médecin. Parmi les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, on retrouve, par exemple, des établissements de traitement et de chirurgie (où se font des avortements, des chirurgies de la cataracte, des dialyses, des chirurgies plastiques, etc.) et des établissements de diagnostic (où l'on offre des radiographies, des ultrasons, la médecine nucléaire, des études du sommeil et des études fonctionnelles respiratoires).

Les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* ne peuvent facturer les frais d'établissement qu'au gouvernement. Les nouveaux établissements sont habituellement fondés à la suite d'un processus de demandes de propositions basé sur une évaluation du besoin envers le service en question.

2.2 Services médicaux assurés

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario a été établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* pour assurer les coûts des services assurés dispensés par les médecins et les autres professionnels de la santé dans les hôpitaux et dans certains établissements de santé. Le programme d'assurance-santé en Ontario est établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* pour offrir de l'assurance à l'égard du coût de services dans les hôpitaux et les établissements de santé, par des médecins et autres professionnels de la santé. Le régime d'assurance-santé de l'Ontario est administré sans but lucratif par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. En vertu de l'article 37(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, un service rendu par un médecin en Ontario est assuré s'il est inclus dans le barème des prestations et s'il est fourni dans des circonstances ou conditions spécifiées dans le barème des prestations.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est l'organisme qui autorise les médecins à pratiquer la médecine en Ontario. Environ 20 000 médecins inscrits peuvent soumettre des réclamations au régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Les médecins peuvent soumettre les réclamations directement au régime d'assurance-santé de l'Ontario pour tous les services assurés fournis à des personnes assurées ou, encore, ils peuvent facturer directement la personne assurée (le patient) pour tous les services non assurés tel qu'énoncé à l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-santé* (voir également la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*). Les médecins qui ne facturent pas directement le régime d'assurance-santé de l'Ontario sont habituellement désignés comme « exclus ». Le pourcentage de médecins qui se sont prévalus de cette disposition est tombé à environ un pour cent depuis l'entrée en vigueur de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*, en 1986.

Les services médicaux assurés fournis dans les établissements de santé, les bureaux de médecins ou au domicile du patient comprennent le diagnostic et le traitement des déficiences et conditions médicales; les examens et les tests médicaux; les procédures chirurgicales; les services de maternité; l'anesthésie; la radiologie et les services de laboratoire offerts dans des établissements approuvés; les vaccinations, les injections et les tests. Les services médicaux assurés sont détaillés dans le barème des prestations, selon le Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario.

Des services sont ajoutés ou retirés (désassurés) du barème des prestations relatif aux services médicaux sur recommandation du Comité tarifaire central de la *Ontario Medical Association* en consultation avec des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Un groupe de travail sur le barème des prestations, lequel est composé de membres de la *Ontario Medical Association* et de représentants du Ministère, révisent régulièrement le barème des prestations. Des consultations publiques peuvent également être tenues. Des services sont ajoutés ou retirés du barème des prestations relatifs aux services médicaux par l'adoption d'un règlement.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le nombre de dentistes et de chirurgiens stomatologistes qui ont fourni des services assurés s'établit à environ 350.

Les services hospitaliers de chirurgie dentaire assurés comprennent le traitement des blessures traumatiques; les incisions chirurgicales; l'excision des tumeurs et des kystes; le traitement des fractures; les allogreffes; les implants; les reconstructions

alloplastiques et toutes les autres pratiques dentaires spécifiées qui doivent, par nécessité médicale, être effectuées à l'hôpital. Les services hospitaliers de chirurgie dentaire assurés sont prescrits par l'article 16 et les annexes 13, 14 et 15 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements sont assurés. Tous les autres services ne sont pas assurés. L'article 24 du Règlement 552 renferme une liste non exhaustive des services qui sont désignés comme non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent les frais supplémentaires reliés aux installations préférées, sauf si approuvé par un médecin; le téléphone; la télévision; les frais associés aux services d'une infirmière particulière; les chirurgies à caractère esthétique, dans la plupart des circonstances; la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions; les visites à l'hôpital (à l'intérieur de la province) ayant pour seul but l'administration de médicaments, avec certaines exceptions.

Les services médicaux non assurés comprennent les services non nécessaires sur le plan médical; les déplacements pour rendre visite à une personne assurée à l'extérieur de la zone de pratique; les frais d'appels interurbains; la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance; les conseils donnés par téléphone à une personne assurée ou à une personne qui la représente; les entrevues ou les conférences au sujet d'un cas; la préparation et la transmission des dossiers à la demande de la personne assurée; les services dispensés totalement ou en partie pour la production ou l'achèvement d'un document ou la transmission d'information dans des circonstances spécifiées; la production ou l'achèvement d'un document ou la transmission d'information à toute personne autre que la personne assurée, dans des circonstances spécifiées; la fourniture d'une ordonnance sans qu'un service concomitant ne soit rendu; la chirurgie à caractère esthétique; les pratiques d'acuponcture; les tests psychologiques, les programmes de dépistage en groupe; les programmes de recherche et d'enquêtes. Cette liste n'est pas exhaustive et peut laisser place à des exceptions (voir l'article 24 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, le barème des prestations relatif aux services médicaux et l'article 11.2 de la *Loi sur l'assurance-santé*).

En outre, l'article 11.2(2) de la *Loi sur l'assurance-santé* stipule que les services auxquels une personne est admissible en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail*, de 1992, de la *Loi sur les foyers de soins spéciaux* ou de toute loi promulguée par le Parlement du Canada, à l'exception de la *Loi canadienne sur la santé*, ne sont pas des services assurés.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée agit, par l'intermédiaire du régime d'assurance-santé de l'Ontario, comme agence de paiement pour les réclamations soumises à la Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs. Les médecins soumettent directement au régime d'assurance-santé de l'Ontario les réclamations destinées à la Commission en utilisant un code spécifique aux services rendus à la Commission. Les médecins sont payés directement par le Ministère, et ce dernier est remboursé par la Commission de la sécurité et de l'assurance des travailleurs.

Les demandes de services formulées par des tiers ne sont généralement pas assurées par le régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les services demandés par des tiers n'étant pas médicalement nécessaires, ils ne bénéficient pas d'une priorité pour l'accès aux services assurés.

Selon la politique de l'assurance-santé de l'Ontario, les produits médicaux perfectionnés, tels que les moulages en fibre de verre, sont fournis sans frais au patient lorsqu'ils sont médicalement nécessaires.

Un médecin qui facture un patient ou accepte de ce dernier un montant supérieur au montant payable par le régime d'assurance-santé de l'Ontario commet une infraction à la loi provinciale. Toutefois, un médecin peut facturer un service non assuré par le régime d'assurance-santé de l'Ontario. Le Ministère ne réglemente pas les frais facturés pour des services non assurés; ces frais sont régis par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. La *Ontario Medical Association* publie un barème des frais suggérés pour les services non assurés.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Sauf quelques exceptions, tous les résidents de l'Ontario sont admissibles à la couverture; une période d'attente de trois mois peut toutefois être imposée. Les règlements d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario définissent les catégories de personnes qui sont résidentes de l'Ontario ainsi que celles qui sont soumises à une période d'attente de trois mois (voir l'article 11(1) de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario et le Règlement 552 sous son régime).

Tous les résidents de l'Ontario doivent s'inscrire pour bénéficier de la couverture. Pour être considérée comme une résidente de l'Ontario aux fins de l'obtention d'une couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario, une personne doit :

- détenir le statut de citoyen ou d'immigrant prescrit (article 1.1(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*);
- établir sa résidence permanente principale en Ontario, conformément au Règlement 552; et
- être présente en Ontario au moins 153 jours par période de douze mois.

Des modifications au Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, en vigueur le 1er mars 1999, abaissent l'exigence relative à la résidence de 183 à 153 jours pour chaque période de douze mois. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a également prévu des dispositions pour les absences à l'étranger prolongées. Se référer aux paragraphes 4.2 et 4.3 pour de plus amples renseignements sur les absences prolongées.

Des amendements au Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, entrés en vigueur le 1er mars 2000, ont mené à l'application de nouvelles définitions de « conjoint de fait » et de « partenaire de même sexe » dans les articles du Règlement relatifs à l'admissibilité.

L'ajout des définitions permet aux partenaires de même sexe de bénéficier des mêmes avantages que les conjoints de fait. Toutefois, l'admissibilité au régime d'assurance-santé de l'Ontario étant accordée sur une base individuelle, le nombre de politiques affectées est restreint. De façon spécifique, les partenaires de même sexe et les conjoints de fait peuvent maintenant bénéficier d'une admissibilité continuelle au régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent leur conjoint ou leur partenaire dans certains types de déplacements prolongés. Les partenaires de même sexe et les conjoints de fait de travailleurs étrangers, de même que les ecclésiastiques étrangers, peuvent également être admissibles à l'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent leur conjoint ou leur partenaire.

Les personnes précédemment non admissibles à la couverture mais dont le statut a changé (c.-à-d., changement du statut d'immigrant, congé des Forces canadiennes ou de la GRC

ou élargissement d'un pénitencier fédéral) peuvent, sur demande, devenir admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Sauf quelques exceptions établies au paragraphe 3(4) du Règlement 552, la plupart des nouveaux résidents et des résidents de retour sont soumis à une période d'attente de trois mois. Le Ministère détermine si une personne est soumise ou non à une période d'attente de trois mois après que la personne ait fait sa demande. Les anciens détenus fédéraux, les membres des Forces canadiennes ou de la GRC ayant obtenu leur congé et les personnes nouvellement reconnues comme réfugiées au sens de la Convention sont parmi ceux qui sont exemptés de la période d'attente.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Une carte santé est émise aux résidents qui adressent une demande au directeur général du régime d'assurance-santé de l'Ontario (selon les articles 2 et 3 du Règlement 552). La demande de couverture doit être formulée par les personnes admissibles qui établissent leur résidence permanente dans la province. Ces personnes doivent s'inscrire auprès du bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Les demandeurs doivent remplir et signer un formulaire d'inscription du régime d'assurance-santé de l'Ontario et fournir au Ministère des preuves de leur statut d'immigrant, de leur résidence et de leur identité. Les demandeurs doivent fournir chaque catégorie de documents originaux au moment de l'inscription. Une fois que l'admissibilité a été déterminée, les demandeurs âgés de plus de 15 ans et demi doivent généralement donner leur photographie et leur signature pour la carte santé.

Chaque carte santé avec photo est munie d'une date d'expiration et de renouvellement dans le coin inférieur droit. Le Ministère poste les avis de renouvellement à l'intention des personnes inscrites environ six semaines avant la date de renouvellement de la carte.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario est le seul dispensateur de couverture pour les services de santé assurés. Un résident de l'Ontario admissible ne peut s'inscrire ou obtenir des prestations auprès d'un autre régime d'assurance pour des services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Environ 11 700 000 résidents de l'Ontario étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Ontario au 31 mars 2000.

3.3 Autres catégories de personnes

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario offre une couverture à plusieurs catégories de personnes autres que des citoyens canadiens et des immigrants reçus. En général, ces personnes doivent fournir une preuve de citoyenneté ou de statut d'immigrant, une preuve de résidence et une preuve d'identité, de la même manière que les résidents permanents qui adressent une demande au régime d'assurance-santé de l'Ontario. On peut toutefois également exiger de ces demandeurs qu'ils fournissent de la documentation spécifique pour confirmer leur droit à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario ou, encore, ils peuvent être exemptés de certaines exigences. On trouvera ci-après une vue d'ensemble des conditions d'admissibilité de ces demandeurs appartenant à d'autres catégories.

Les catégories de personnes suivantes sont admissibles si, d'une façon ou d'une autre, elles répondent à la définition de résident incluse au Règlement 552.

Demandeurs du statut d'immigrant reçu - Les demandeurs du statut d'immigrant reçu sont des personnes dont le dossier est en voie de traitement par Citoyenneté et Immigration Canada et qui, de façon générale, répondent

aux exigences médicales de ce ministère. Un immigrant « reçu » est résident permanent du Canada. Environ 4 500 personnes étaient inscrites en tant que demandeurs du statut d'immigrant reçu au 31 mars 2000.

Réfugiés au sens de la Convention - La Commission de l'immigration et du statut de réfugié désigne une personne réfugiée au sens de la Convention lorsqu'on constate que cette personne craint la persécution dans son pays d'origine en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de son opinion politique. Environ 67 400 personnes étaient inscrites en tant que réfugiés au sens de la Convention au 31 mars 2000.

Détenteurs de permis ministériels - Les détenteurs de permis ministériels sont des personnes qui ne satisfont pas aux exigences d'immigration pour demeurer en permanence au Canada. Les détenteurs de permis ministériels correspondant aux types de cas 86, 87, 88, 89 ou 80 (adoption seulement) qui sont ordinairement résidents de l'Ontario sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour la durée de validité de leur document d'immigration. Les détenteurs de permis ministériels correspondant au type de cas 90 ne sont pas admissibles à la couverture. Environ 1 100 personnes étaient inscrites en tant que détenteurs de permis ministériels au 31 mars 2000.

Travailleurs étrangers, ecclésiastiques étrangers et membres de leurs familles - Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est membre du clergé d'un groupe religieux qui a conclu une entente pour servir à plein temps une congrégation religieuse en Ontario pendant au moins six mois consécutifs et qui réside habituellement en Ontario. Environ 1 100 personnes étaient inscrites en tant qu'ecclésiastiques étrangers admissibles au 31 mars 2000.

Un travailleur étranger est une personne qui a conclu un contrat ou une entente d'emploi avec un employeur canadien situé en Ontario et qui a reçu de Citoyenneté et Immigration Canada un permis de travail qui fait nommément mention de l'employeur canadien, indique la profession proposée de la personne, et dont la durée est d'au moins six mois. Environ 10 000 personnes étaient inscrites en tant que travailleurs étrangers admissibles au 31 mars 2000.

Les membres de famille admissibles sont le conjoint et les enfants à charge (âgés de moins de 19 ans) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible qui occupe un emploi pendant au moins trois années consécutives et qui réside habituellement en Ontario. Environ 7 000 personnes étaient inscrites en tant que membres de la famille accompagnant une personne en déplacement au 31 mars 2000.

Travailleurs agricoles migrants - Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent un permis de travail en vertu du Programme des travailleurs saisonniers agricoles des Antilles, du Commonwealth et du Mexique administré par Citoyenneté et Immigration Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants ne sont pas tenus de présenter les documents de résidence généralement exigés pour établir l'admissibilité à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les membres de ce groupe sont également dispensés de la période d'attente de trois mois. Environ 2 400 personnes étaient inscrites en tant que travailleurs agricoles migrants au 31 mars 2000.

3.4 Primes

Le paiement de primes a été aboli en 1990.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes qui déménagent en Ontario et qui étaient précédemment assurées dans une autre province ou un autre territoire canadien sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario dès le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de leur résidence en Ontario. Les nouveaux résidents de l'Ontario ou les résidents de retour qui n'étaient pas précédemment assurés par le régime d'une autre province ou d'un autre territoire sont admissibles à la couverture exactement trois mois après l'établissement de leur résidence en Ontario.

Ces exigences sont énoncées dans l'article 3 du Règlement 552.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale conclu entre les provinces. Conformément à cet accord, les résidents assurés qui séjournent temporairement à l'extérieur de l'Ontario peuvent utiliser leur carte santé de l'Ontario pour obtenir des services de santé assurés. Les résidents assurés qui quittent temporairement l'Ontario pour voyager au Canada sans établir leur résidence dans une autre province ou un autre territoire continueront à être couverts pour une période pouvant aller jusqu'à douze mois.

Les services fournis à l'extérieur de la province sont couverts en vertu des articles 28(1), 30(1) et 32 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*. Il est également possible aux résidents de l'Ontario de conserver une assurance-santé continuelle tandis qu'ils travaillent ou étudient temporairement dans une autre province ou un autre territoire canadien.

Une personne assurée par le régime d'assurance-santé de l'Ontario qui cherche ou accepte un emploi dans une autre province ou un autre territoire conserve sa couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario durant une période maximale de douze mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario durant plus de douze mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada, sont admissibles à une couverture continuelle pendant la durée de leurs études à la condition qu'ils n'établissent pas leur résidence permanente ailleurs durant cette période. Afin de s'assurer qu'ils conservent leur admissibilité au régime d'assurance-santé de l'Ontario, les étudiants doivent fournir au Ministère une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres de la famille des étudiants qui poursuivent leur formation dans une autre province ou un autre territoire sont également admissibles à une couverture continuelle du régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent un étudiant pour la durée de ses études.

L'Ontario participe aux ententes de réciprocité conclues entre toutes les provinces et les territoires pour l'assurance des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Pour les malades hospitalisés, le paiement est effectué selon le tarif prévu par le régime de la province ou du territoire où l'hospitalisation a lieu. Pour les malades externes, l'Ontario paie les frais standards autorisés par le Comité de coordination de la facturation réciproque.

En outre, l'article 28 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* établit le paiement des services hospitaliers assurés qui sont fournis en

dehors de l'Ontario mais au Canada et qui ne sont pas facturés en vertu d'ententes de réciprocité.

L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque avec toutes les autres provinces et territoires, à l'exception du Québec (qui n'a pas signé d'entente de facturation réciproque avec une autre province ou un autre territoire), pour les services médicaux assurés.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La protection pendant des séjours temporaires à l'étranger est régie par les articles 28.1 à 32 (inclusivement) du Règlement 552.

Conformément aux articles 1.1(3), 1.1(4), 1.1(5) et 1.1(6) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario peut fournir aux résidents de l'Ontario assurés une admissibilité continuelle au régime d'assurance-santé de l'Ontario pour des absences excédant 212 jours par période de douze mois. Dans la plupart des cas, les demandeurs doivent fournir au Ministère un document expliquant les raisons de leur absence de l'Ontario pour avoir droit à une absence approuvée. Les demandeurs doivent également avoir été présents au moins 153 jours durant chacune des deux périodes consécutives de douze mois précédant la date de départ prévue pour voir leur absence prolongée approuvée.

Les absences approuvées sont de durée variable selon la raison de l'absence.

Raison	Couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario
Études	Durée d'un programme d'études à temps plein (illimité).
Travail	Conditions de cinq ans.
Travail missionnaire	Durée des activités missionnaires (illimité).
Vacances/ Autres	Jusqu'à deux ans au cours d'une vie.

Les membres de la famille peuvent également avoir droit à l'admissibilité continuelle au régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'une absence approuvée. Ils doivent communiquer avec leur bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour obtenir des détails.

Les services fournis à l'étranger sont couverts en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et l'article 29 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Depuis le 1er septembre 1995, les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés selon le tarif journalier suivant (fixé par l'Ontario) :

- 400 $ canadiens au maximum pour les services aux malades hospitalisés;
- 50 $ canadiens au maximum pour les services aux malades externes;
- 210 $ canadiens au maximum par traitement de dialyse.

Les services médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins et d'autres professionnels admissibles (chiropraticiens, dentistes, optométristes, podiatres et ostéopathes) ainsi que les tests de laboratoire nécessaires en situation d'urgence sont remboursés selon les tarifs énumérés au barème des prestations (Règlement 552) du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ou, encore, selon le montant facturé si ce dernier est inférieur. Les frais de services d'urgence médicalement nécessaires à

l'étranger pour les malades hospitalisés et les malades externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital ou un établissement de santé agréé.

En 1999-2000, le total des paiements pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger (à des malades hospitalisés et des malades externes) étaient 17,0 millions de dollars.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Selon les dispositions de l'article 28.4 du Règlement 552, il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour recevoir des services non urgents à l'étranger.

En vertu de l'article 28.4 du Règlement 552, le patient peut être autorisé à recevoir des services de santé à l'étranger, lesquels seront financés en totalité par le Ministère, lorsqu'un traitement médicalement accepté n'est pas disponible en Ontario ou, encore, dans des cas où des dommages tissulaires irréversibles peuvent survenir ou lorsque sa vie est menacée.

Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel à l'égard des services fournis aux résidents de l'Ontario à l'extérieur de cette province, mais ailleurs au Canada. L'accord interprovincial comprend un barème pour les services dont les coûts sont élevés. Dans de rares circonstances, lorsque ce barème ne couvre pas les coûts des services dans une autre province, on peut demander à l'Ontario de garantir le paiement avant de fournir le service.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers, médicaux et dentaires assurés sont disponibles pour les résidents de l'Ontario selon des modalités et conditions uniformes.

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés, tels que définis dans la *Loi sur l'assurance-santé*. Les hôpitaux publics de l'Ontario n'ont pas le droit de refuser de fournir des services dans des situations où la vie de la personne est en danger sous prétexte que celle-ci n'est pas assurée. En vertu de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*, il est interdit aux médecins de facturer un montant supérieur à celui indiqué au barème de prestations de services médicaux. La surfacturation est également interdite aux médecins. En vertu de cette même loi, il est interdit aux hôpitaux de facturer les résidents assurés pour des services assurés.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en oeuvre un système de validation des numéros de carte santé et de soins afin d'aider les dispensateurs de soins de santé et les patients à avoir accès aux services de santé et de favoriser le paiement des réclamations. Les dispensateurs de soins peuvent demander des privilèges de validation afin de vérifier l'admissibilité de leur patient et la situation du numéro de santé et du code (situation de la carte). Si des patients doivent avoir accès à des services de santé et qu'ils n'ont pas de carte santé en leur possession, le dispensateur de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au Ministère un formulaire de divulgation de numéro d'assurance-santé signé par le patient. Un processus accéléré pour obtenir les numéros d'assurance-santé des patients qui sont dans l'incapacité de fournir un numéro et qui

nécessitent un traitement d'urgence est offert dans les établissements de salle d'urgence par l'entremise d'un service de consultation des numéros de carte santé.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En 1999-2000, 168 hôpitaux publics dotés en personnel étaient en activité dans la province, incluant les hôpitaux pour soins de longue durée, les hôpitaux généraux et les unités de réadaptation spéciale. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux publics s'établissait comme suit pour l'exercice 1999-2000 : 6 645 272 jours pour les soins actifs, 2 456 823 pour les soins de longue durée et 603 724 pour les soins de réadaptation.

En 1999-2000, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a également versé aux hôpitaux plus de 130 millions de dollars afin d'augmenter le nombre de postes d'infirmières (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées).

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

L'accès raisonnable aux services médicaux est assuré, en Ontario, par le recrutement d'un nombre adéquat de médecins.

Un Programme des services aux régions insuffisamment desservies offre aux résidents des zones rurales et éloignées un accès amélioré aux services médicaux généraux. Quatre programmes renforcent l'accès aux services de santé pour les résidents du nord de l'Ontario. Le Plan de financement des groupes du Nord et les Contrats parrainés par la communauté offrent des mécanismes de financement de rechange pour verser à un groupe de médecins un montant global pour des services de soins de première ligne (pas de rémunération à l'acte). Le Programme de subventions incitatives à l'intention des médecins offre une aide financière à des médecins généralistes et spécialistes oeuvrant dans une région insuffisamment desservie désignée. Enfin, le Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales aide financièrement les patients qui doivent se déplacer pour recevoir des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés.

À l'heure actuelle, 100 communautés de l'Ontario sont désignées comme insuffisamment desservies par les médecins de famille. Onze communautés sont désignées comme insuffisamment desservies par les spécialistes. Selon le rapport *Physicians in Ontario 1999* préparé par le Dr McKendry et le *Ontario Physician Human Resource Data Centre*, on compte 9 807 médecins de famille et 10 673 spécialistes en Ontario.

Au mois de décembre 1999, on comptait environ 20 480 médecins actifs dont la plupart fournissaient des services médicaux assurés en Ontario. De ce nombre, 9 807 (47,9 p.c.) étaient des médecins de famille, et 10 673 (52,1 p.c.) étaient des spécialistes.

Plusieurs mesures ont été adoptées en 1999-2000 pour s'assurer d'une répartition plus équitable de ces médecins à travers la province. En réponse au rapport McKendry, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé, le 22 décembre 1999, qu'il mettrait en oeuvre les recommandations à court terme du Dr McKendry et qu'il mettrait sur pied un groupe d'experts sur les ressources professionnelles en santé pour traiter des stratégies à moyen et long terme. Les gouvernement de l'Ontario s'est engagé à fournir 11 millions de dollars pour les initiatives à court terme suivantes :

- financer jusqu'à 15 postes supplémentaires de formation postdoctorale en Ontario pour recruter des diplômés canadiens ayant effectué leurs études supérieures aux États-Unis et ayant besoin d'une formation supplémentaire pour répondre aux normes

et exigences canadiennes. Ces postes seront destinés aux régions et aux spécialités insuffisamment desservies;

- augmenter de 24 à 36 (50 p.c.) le nombre de postes du programme international des diplômés en médecine et réserver tous les nouveaux postes pour les régions et spécialités insuffisamment desservies;
- doubler le nombre d'agents de développement communautaire (de 3 à 6) pour aider les régions insuffisamment desservies à recruter des médecins pour leurs communautés;
- élargir les deux programmes de formation en médecine familiale du Nord en augmentant le nombre de places d'entrée de 25 p.c. (de 24 à 30) et en doublant le nombre de places en troisième année des études supérieures en médecine familiale dans des domaines tels que l'anesthésie, l'obstétrique et la médecine d'urgence (de 6 à 12); et
- élargir le programme de retour, de formation et de retour de service du Ministère de 25 à 40 postes (une augmentation de 15 postes).

Quelques initiatives récentes annoncées au début de l'exercice 2000-2001 pour améliorer l'accès aux services médicaux comprennent la fourniture d'un enseignement gratuit et d'une prime d'emplacement aux étudiants et aux résidents en médecine qui acceptent de pratiquer dans une région insuffisamment desservie pendant au moins trois ans et l'ajout initial de 40 places d'étudiants en médecine pour l'automne 2000. Cette augmentation fait passer de 532 à 572 le nombre total de places d'entrée dans cinq écoles de médecine.

5.4 Rémunération des médecins

Les services assurés fournis par 20 000 médecins et 350 dentistes dans la province sont rétribués principalement selon la formule de la rémunération à l'acte conformément au barème des prestations relatif aux services médicaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

En 2000, le gouvernement de l'Ontario a conclu une entente quadriennale avec la *Ontario Medical Association* (OMA) pour déterminer les montants de financement pour les services médicaux. En 1999-2000, on a versé 4,3 milliards de dollars pour des services rendus par des médecins rémunérés à l'acte. Un groupe de travail sur le barème des prestations, composé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de représentants de l'OMA, revoit les éléments du barème des prestations du régime et produit des rapports à l'intention d'un comité conjoint du Ministère et de l'OMA sur les services médicaux.

Une commission indépendante sur les barèmes d'honoraires fondés sur les valeurs relatives en fonction des ressources a été mise sur pied en 1997 avec le mandat de fournir des recommandations concernant un nouveau barème d'honoraires fondé sur les valeurs relatives pour les services médicaux. Une première version du barème ainsi qu'un rapport d'étude devront être prêts pour avril 2001, et le barème final sera préparé après consultations.

Des représentants du gouvernement et la *Ontario Dental Association* négocient des accords sur des ajustements du barème des prestations du régime qui couvre les services dentaires assurés fournis à l'hôpital. En 1999-2000, les dépenses pour les soins dentaires s'établissaient à 8,1 millions de dollars. Le dernier accord de financement qui devait expirer le 31 mars 2000 est maintenant prolongé au 31 mars 2001. Des discussions pour un nouvel accord pluriannuel ont débuté à l'automne 2000.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux soumettent un plan de fonctionnement annuel, lequel résulte d'une large consultation au sein de l'établissement (tous les échelons de personnel, les syndicats, les médecins, le conseil, etc.), de la communauté et de la région. Le plan de fonctionnement est d'abord et avant tout un document de planification, mais il comporte une composante budgétaire importante qui est à la fois financière et statistique. Le conseil régional de santé (CRS) et le personnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée examinent ensuite le plan de fonctionnement. L'examen du Ministère est effectué par le personnel régional, le personnel des programmes spécialisés et la haute direction. Cet examen suit des lignes directrices standard et peut faire intervenir des discussions et des clarifications approfondies avec l'établissement.

Les paiements versés aux hôpitaux par le régime d'assurance-santé pour les services assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-santé* et sont calculés selon le budget annuel. Le système budgétaire de l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui reflète les effets de l'augmentation de la charge de travail, des coûts associés aux programmes prioritaires de la province et des augmentations des coûts associées à la croissance supérieure à la moyenne du volume de services dans des lieux géographiques spécifiques. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

Les paiements pour des services rendus dans des établissements de santé autonomes sont régis par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*.

Les règlements et les tarifs relatifs à la quote-part des malades chroniques sont révisés annuellement selon les changements apportés au Régime de pensions du Canada (RPC).

Les programmes prioritaires sont des programmes divers qui nécessitent des ressources humaines et des infrastructures hautement spécialisées. Ils comprennent :

Les lésions cérébrales acquises; le cancer; les services cardiaques; les implants cochléaires; le programme de traitement du bec-de-lièvre et de la fissure du palais; les maladies rénales en phase terminale; les services génétiques (laboratoires de cytogénétique, dépistage sérologique chez la mère, laboratoires d'analyse moléculaire et de l'ADN); les cliniques pour le VIH/sida; l'imagerie (IRM); les services maternels aux nouveaux-nés; les implants orthopédiques de la hanche et du genou; le programme de gériatrie régionale; les accidents vasculaires cérébraux; les centres de traitement des agressions sexuelles; les transplantations (organes solides, moelle osseuse), et les centres de traumatologie.

Ces programmes sont souvent très coûteux et à croissance rapide. Ils peuvent être associés à des traitements nouvellement élaborés qui incluent des thérapies et technologies de pointe. En général, ces programmes sont gérés à l'échelle de la province et sont conçus pour assurer un accès équitable. Le Ministère en détermine le financement selon les besoins de la population et les preuves de résultats cliniques.

Le Ministère mesure les coûts-efficacité relatifs et récompense les hôpitaux par l'intermédiaire de la méthode du financement équitable. Des paiements sont versés aux hôpitaux qui dépensent moins que prévu en prenant en considération les caractéristiques particulières de l'hôpital.

En outre, des méthodes spécialisées sont utilisées pour le financement d'enrichissement de politiques et de programmes spécifiques (c.-à-d., perfectionnement des infirmières, séjour garanti de 60 heures après l'accouchement).

Le financement des soins aux patients dans les hôpitaux a augmenté de près de 400 millions de dollars en 1999, ce qui porte le financement total des hôpitaux de 7,1 milliards de dollars en 1998-1999 à 7,5 milliards de dollars en 1999. Une partie de ce réinvestissement supplémentaire permet aux hôpitaux d'éponger les coûts associés au passage à l'an 2000 et aux pressions liées à la transition. Un financement de fin d'année de 225 millions de dollars a entraîné un changement dans la position de nombreux hôpitaux en ce qui a trait aux excédents et aux déficits.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Au cours de la dernière année, les déclarations de l'Ontario ont fait état de la contribution fédérale en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux.

7.0 Services complémentaires de santé

Les services de soins complémentaires de santé sont assurés par les foyers de soins, les résidences pour personnes âgées (établissements de soins de longue durée) et les dispensateurs de services de soins à domicile. Ils sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Ministère participe au processus de vérification de la conformité pour les établissements de soins de longue durée en offrant des services de consultation diététiques, environnementaux et médicaux et en examinant les normes de santé, de sécurité, de construction et de diététique. Il surveille comment les établissements observent ces normes et peut les aider à l'élaboration de plans d'action correctifs.

Les services de soins à domicile (services professionnels, soutien personnel et services d'entretien) sont financés par le Ministère et fournis par les Centres d'accès aux soins communautaire aux personnes de tous les âges. Le Ministère finance des services auxiliaires pour les adultes handicapés physiques et des services de soutien au logement pour les personnes âgées, les adultes handicapés physiques, les adultes souffrant de lésions cérébrales acquises et les personnes vivant avec le VIH/sida. Le Ministère finance également une variété de services de soutien communautaire tels que les programmes de jour pour adultes, les services de repas et les services de transport.

Outre les prestations d'hospitalisation, l'Ontario fournit des services de soins de longue durée; des services de santé mentale, incluant le fonctionnement d'hôpitaux psychiatriques provinciaux, ainsi que les services en santé mentale et les services de soutien offerts dans la communauté; la composante résidentielle du Programme des foyers de soins spéciaux; des services d'ambulance par voie aérienne avec une quote-part pour le patient; des traitements dentaires pour les patients souffrant de bec-de-lièvre et de fissure du palais inscrits dans une clinique désignée; du financement pour un programme de dépistage du cancer du sein.

Manitoba

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance santé et autorité publique

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, R.S.M. 1987, ch. H35. En 1992, des modifications importantes ont été apportées à cette Loi : la Commission des services de santé du Manitoba a été dissoute et tous ses biens et responsabilités ont été transférés au ministère de la Santé. Cette dissolution a pris effet le 31 mars 1993.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré conformément à la *Loi sur l'assurance-maladie* pour tous les aspects touchant l'assurance relative aux coûts des services hospitaliers et médicaux et des autres services de santé auxquels il est fait allusion ou qui sont brièvement décrits dans les lois des autorités législatives ou règlements pris en application de celles-ci.

Le ministre de la Santé est chargé de la gestion et du fonctionnement du régime. En vertu de l'article 3(2), le ministre peut :

- fournir aux résidents de la province une assurance relative aux coûts des services hospitaliers et médicaux, ainsi que des soins personnels et d'autres services de santé;
- planifier, organiser et élaborer à travers la province un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, de foyers de soins personnels ainsi que d'établissements et de services liés au domaine de la santé qui répondent aux besoins des résidents de la province;
- faire en sorte que des normes satisfaisantes soient maintenues dans les hôpitaux, dans les foyers de soins personnels ainsi que dans les établissements liés au domaine de la santé, y compris les normes relatives à la surveillance, à la délivrance de licences, à l'équipement et à l'inspection; ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer le maintien de normes satisfaisantes;
- sauf dans le cas des soins individuels aux malades, fournir un service de consultation aux hôpitaux et aux foyers de soins personnels de la province ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer qu'un tel service soit fourni;.
- exiger que les dossiers des hôpitaux, des foyers de soins personnels et des établissements liés au domaine de la santé soient vérifiés tous les ans et que les rapports que requiert le gouvernement du Canada à l'égard des hôpitaux soient présentés; et
- dans les cas où les résidents n'ont pas accès à des soins médicaux et à d'autres services de santé, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour planifier, organiser et élaborer de tels services afin de répondre aux besoins des résidents.

Le ministre peut également conclure, avec des personnes ou des groupes de personne les contrats et ententes qu'il juge nécessaires pour l'application de la présente loi. Il peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe de personnes pour l'application de la présente loi, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes. Le ministre peut également, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou fonctions que lui confèrent la présente loi ou les règlements.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la Loi, le ministre doit préparer les états financiers vérifiés du régime et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, et soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le ministre est également tenu de faire préparer un rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de séance de celle-ci, suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la Loi sur l'assurance-maladie exige que le vérificateur provincial (ou un autre vérificateur qu'il nomme) fasse une vérification annuelle des comptes du régime un rapport au ministre. Le plus récent rapport du genre, qui vise l'année financière 1998-1999, fait partie du Rapport annuel 1998-1999 sur la santé du Manitoba.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la *Loi sur l'assurance-maladie* du Manitoba de même que le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (M.R. 48/93) prévoient la prestation de services hospitaliers assurés.

Au 31 mars 2000, 99 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes au Manitoba. En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les hôpitaux sont désignés par règlement.

Les services spécifiés par règlement sont les services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes, y compris : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes; le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux courants; l'usage des salles d'opération, et d'accouchement ainsi que des installations d'anesthésie; et l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là ou elles existent.

La population du Manitoba a des attentes très élevées quant à la qualité des soins de santé et elle insiste pour que les connaissances médicales les plus poussées et les services les plus au point soient utilisés pour son bien-être personnel. Santé Manitoba se tient au courant les découvertes dans les domaines des sciences de la santé et de la progression des recherches fondamentales et cliniques permettant de mettre au point de nouveaux traitements et services d'utilité générale pour le soin des patients. Comme Santé Manitoba considère les preuves scientifiques produites par les chercheurs et les cliniciens les plus éminents, et tient compte des conseils donnés par les groupes de défense des droits du public et des patients, les nouveaux services sont promptement intégrés au système de santé.

2.2 Services médicaux assurés

La loi d'autorisation qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est le Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux (Règlement 49/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Les médecins qui offrent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba autorisés et

agréés en vertu de la *Loi médicale*. Au 31 mars 2000, 2 036 médecins étaient inscrits au registre de Santé Manitoba.

En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et des règlements pris en application de celle-ci, un médecin peut, sur présentation d'un avis au ministre, choisir de percevoir des honoraires auprès d'une autre personne que le ministre pour les services médicaux dispensés à des personnes assurées. La décision de se retirer du régime d'assurance-santé entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours commençant à la date où le ministre reçoit l'avis.

Avant de dispenser un service médical à une personne assurée, le médecin doit donner au patient un préavis raisonnable selon lequel il propose de percevoir des honoraires pour le service médical rendu; auprès de celui-ci ou de toute autre personne, à l'exception du ministre. Il incombe au médecin de soumettre, au nom du patient, une demande au ministre; le médecin ne peut percevoir des honoraires en sus des prestations à payer pour ce service, aux termes de la Loi et des règlements. À l'heure actuelle, aucun médecin du Manitoba n'a décidé de se retirer du régime médical.

Dans le Règlement sur les frais assurés engagés pour des services médicaux (M.R. 95/96), on trouve la liste des services médicaux assurés par Santé Manitoba. Cette garantie s'applique à tous les services de soins personnels fournis par un médecin à une personne assurée lorsqu'ils sont nécessaires du point de vue médical et non exclus en vertu du Règlement sur les services exclus (Règlement 46/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Au cours de l'exercice 1999-2000, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé.

Afin qu'un service de médecin puisse être ajouté à la liste de services assurés par Santé Manitoba, le médecin doit présenter une proposition à la section de la Manitoba Medical Association (MMA) dont il relève. Les propositions sont acheminées au Manitoba College of Physicians and Surgeons qui vérifie que le service est scientifiquement valide et non en voie d'élaboration ou à l'étape expérimentale. La MMA négocie alors le service en question, y compris les honoraires, avec Santé Manitoba. Le processus peut également être amorcé par Santé Manitoba ou par un Office régional de la santé. Ce processus est géré par Santé Manitoba et on peut, à l'occasion, recourir à une consultation publique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Dans l'annexe des services dentaires fournis dans les hôpitaux du Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (Règlement 48/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, on trouve la liste des services de chirurgie dentaire qui sont assurés. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont rendus par un chirurgien diplômé en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou un dentiste autorisé à exercer sa profession (autorisé et agréé en vertu de la *Loi sur l'Association dentaire*) dans un hôpital, et que, de l'avis du chirurgien ou du dentiste, il est nécessaire d'hospitaliser le patient pour accomplir l'acte correctement. Ce sont les besoins dentaires ainsi que l'état de santé du patient qui déterminent si l'hospitalisation est nécessaire. Au 31 mars 2000, 550 dentistes agréés étaient inscrits auprès de Santé Manitoba, dont seulement 105 avaient reçus des paiements pour des services assurés en 1999-2000.

Les dispensateurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient. Et ne doivent pas percevoir auprès d'une personne assurée des frais pour ces

services médicaux ou pour d'autres services de santé qui dépassent les prestations à payer aux termes de la Loi ou des règlements. Au 31 mars 2000, aucun prestataire de services dentaires n'avait opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie.

Afin qu'un service dentaire soit ajouté à la liste des services couverts par Santé Manitoba, un dentiste doit soumettre une proposition à la Manitoba Dental Association (MDA). La MDA négocie le service en question, y compris les honoraires avec Santé Manitoba. Ce processus peut également être amorcé par Santé Manitoba ou par un Office régional de la santé. Ce processus est géré par Santé Manitoba et on peut, à l'occasion, recourir à une consultation publique.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services médicaux non assurés comprennent : les examens et les rapports établis à des fins d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services rendus à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par le ministère de Santé Manitoba; les soins que des médecins, dentistes, chiropraticiens ou optométristes se dispensent à eux-mêmes ou dispensent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps de déplacement; les services de psychologues, podologues et autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation; la fécondation in vitro; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité; la psychanalyse.

La Loi sur l'assurance-maladie stipule que les soins à hôpital comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, permettant ainsi d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les Offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité.

Afin de supprimer des services actuellement assurés par Santé Manitoba, le Ministère doit préparer une soumission et la soumettre à l'approbation du Cabinet. Selon le service en cause, il faudrait déterminer, au cas par cas, s'il est nécessaire de recourir à une consultation publique.

En 1999-2000, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La Loi sur l'assurance-maladie est la loi qui définit l'admissibilité des résidents du Manitoba au régime d'assurance-santé de la province. L'article 2(1) de la Loi stipule que «résident» s'entend d'une personne légalement autorisée habite au Manitoba et y est personnellement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise notamment toute autre personne qui, en vertu des règlements, est considérée comme un résident ; mais elle exclut, sauf indication contraire du ministre, les personnes titulaires d'un permis ministériel délivré en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada), ainsi que les visiteurs, les personnes de passage et les touristes.

Le Règlement sur la résidence et l'inscription a pour effet d'élargir l'acception du terme résidence. On trouve ces définitions élargies aux articles 7(1) et 8(1). L'article 7(1) a pour effet de permettre aux membres du clergé et personnes qui s'absentent de la province pour une raison d'emploi ainsi que les personnes qui

prennent un congé sabbatique et celles qui s'absentent du Manitoba pour une période pouvant aller jusqu'à 24 mois de demeurer résidents du Manitoba. Les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement agréé sont réputés être résidents du Manitoba. L'article 8(1) a pour effet d'élargir l'acception du terme résidence aux personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui ont le droit de travailler pendant une période de 12 mois ou plus.

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription définit la période d'attente de la façon suivante :

«Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien, n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée.»

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le régime d'assurance-santé du Manitoba exclut les résidents qui sont couverts par les lois fédérales suivantes : *Loi sur l'aéronautique*; *Loi sur les avantages liés à la guerre pour les anciens combattants de la marine marchande et les civils*; *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*; *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*; *Loi sur la défense nationale*; *Loi sur les pensions*; *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*; *Loi sur la réadaptation des anciens combattants* ou par toute autre loi relevant d'un autre secteur de compétence. Au paragraphe 2(2) du Règlement sur les services exclus on fait état des résidents inadmissibles susmentionnés. Les exclusions visent les résidents qui sont membres des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Les résidents deviennent admissibles à la couverture de Santé Manitoba une fois qu'ils cessent d'être membres des Forces canadiennes; ou membres de la GRC ou détenus dans un pénitencier sans avoir de personne à charge résidant dans la province. Au paragraphe 2(3) du Règlement sur la résidence et l'inscription lorsque la personne change de statut, elle dispose d'un mois pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Aux fins de la délivrance des cartes d'assurance-santé, les personnes doivent aviser Santé Manitoba qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada, qu'elles ont l'intention d'habiter pendant six mois au Manitoba et fournir une adresse de résidence principale dans la province. A la réception de ces renseignements, santé Manitoba émet une carte d'assurance-santé à cette personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont liés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne âgée de 18 ans ou plus qui n'est pas considérée comme une personne à charge. On utilise ce chiffre pour cette personne ainsi que pour toutes les personnes désignées qui sont à sa charge. Santé Manitoba utilise ce chiffre pour régler les demandes de remboursement des services hospitaliers et médicaux. Un numéro d'identification personnelle de santé (NIPS) de neuf chiffres est requis pour le programme des médicaments provincial.

En 1999-2000, le nombre de résidents inscrits auprès du régime d'assurance-santé était de 1 144 424.

Le régime de santé du Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Aux termes de l'article 8(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription, les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) pour au moins 12 mois consécutifs, être physiquement présents au Manitoba et légalement autorisés à demeurer au Canada afin d'avoir droit à l'assurance couverture de Santé Manitoba.

En 1999-2000, 1 559 personnes titulaires d'un permis de travail étaient assurées par le régime d'assurance-santé du Manitoba.

Selon la définition de résident donnée dans la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre de la Santé, ou son mandataire désigné, peut fournir l'assurance aux titulaires d'un permis ministériel délivré en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada). En 1999-2000, cinq personnes ont eu droit à cette couverture parce qu'elles étaient titulaires d'un tel permis ministériel.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription fixe la période d'attente pour les autres personnes assurées qui déménagent d'une province ou d'un territoire pour s'installer au Manitoba. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien est assuré le premier jour du troisième mois qui suit son arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'article 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires du Canada.

Les étudiants sont considérés comme des résidents et ils continuent d'être assurés par l'assurance-santé pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé. Une exigence supplémentaire veut qu'ils aient l'intention de retourner au Manitoba et de s'y installer après avoir terminé leurs études.

Les résidents qui sont en congé sabbatique ou en congé d'études sont assurés par Santé Manitoba pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider une fois que leur congé d'études est terminé.

Le Manitoba a signé des ententes formelles avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens aux fins de la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Manitoba a signé un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans une localité frontalière du Manitoba. Le Manitoba a, de plus, signé des accords avec deux hôpitaux de l'Ontario et de la Saskatchewan en vue de la prestation de chirurgies cardiaques infantiles.

Les coûts d'hospitalisation sont fixés selon les taux normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour les actes médicaux à coût élevé visant des patients hospitalisés et les services offerts à des patients externes sont établis d'après des taux nationaux établis par les régimes de santé provinciaux/territoriaux. Ils comprennent tous les services nécessaires du point de vue médical de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les services médicaux reçus dans toutes les provinces - à l'exception du Québec - et tous les territoires sont payés en vertu d'ententes de facturation réciproque et ce sont les taux de la province ou du territoire d'accueil qui déterminent le coût de ces services. Les demandes de remboursement pour services médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba afin d'être réglées selon les taux de la province d'accueil.

En 1999-2000, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 11 350 493 $ pour des services hospitaliers et 5 568 205 $ pour des services médicaux fournis au Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

L'article 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant les séjours temporaires à l'étranger.

Les résidents qui occupent un emploi sous contrat à temps plein, à l'extérieur du Canada, auront droit à la couverture de Santé Manitoba pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Canada et y résider après avoir terminé leurs contrats. Les membres du clergé qui vont en mission, pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada); seront assurés par Santé Manitoba pour une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Les étudiants sont considérés comme des résidents et continueront d'avoir droit à l'assurance de santé pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé. Une exigence supplémentaire veut qu'ils aient l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études pour suivre un cours de formation avancée ou complémentaire seront assurés par Santé Manitoba pour une période allant jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent également revenir au Manitoba et y résider à la fin de leur programme d'études.

Pour chacune de ces catégories, l'assurance est assujettie aux montants indiqués dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux. Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence ou d'une maladie apparue subitement, bien qu'ils aient temporairement séjourné à l'étranger, sont défrayés comme suit : les services aux patients hospitalisés sont payés selon un taux quotidien établi d'après le nombre de lits que l'on trouve dans l'hôpital :

- 1 à 100 lits : 280 $
- 101 à 500 lits : 365 $
- plus de 500 lits : 570 $

Les services offerts aux patients externes sont payés selon le taux fixe de 100 $ la consultation, ou de 215 $ s'il s'agit d'une hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux que l'on trouve dans les régions rurales, le calcul de ces taux est complexe.

Les services hospitaliers nécessaires; du point de vue médical et qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada et qui ont été reçus par suite d'une recommandation d'un spécialiste compétent ayant obtenu l'approbation de Santé Manitoba, sont payés à un taux qui n'est pas inférieur à 100 p. 100 du taux équivalent pour le Manitoba ni à 75 p. 100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés qui ont été fournis. Les services hospitaliers sont payés en dollars américains.

En cas d'urgence, de l'apparition soudaine d'une maladie ou pour des services facultatifs, les services médicaux sont assurés pour autant qu'ils aient été donnés par suite d'une recommandation d'un spécialiste compétent

ayant obtenu l'approbation de Santé Manitoba. Les services sont payés en dollars canadiens selon le même taux que recevrait un médecin du Manitoba pour un service semblable.

Pendant l'exercice 1999-2000, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 1 933 606 $[1] pour des soins hospitaliers fournis dans des hôpitaux situés à l'extérieur du Canada. Santé Manitoba a, en outre, effectué des paiements s'élevant au total à environ 520 712 $[2] pour des services médicaux.

Dans les cas où Santé Manitoba avait obtenu une approbation préalable pour les services fournis à l'extérieur du Canada et que le paiement était inférieur au montant total facturé pour les services assurés, Santé Manitoba détermine s'il est nécessaire d'accorder des fonds supplémentaires en se fondant sur les besoins financiers.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il n'est pas nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour les services fournis dans d'autres provinces ou territoires. Une approbation préalable est toutefois requise pour les soins hospitaliers et médicaux facultatifs fournis à l'extérieur du Canada. Pour obtenir l'approbation, le spécialiste médical compétent doit s'adresser à Santé Manitoba.

1 Ce chiffre ne comprend pas le montant payé pour combler l'écart imputable au taux de change relativement à des demandes de remboursement pour soins reçus aux É.-U.

2 Ce chiffre ne comprend pas le montant payé pour combler l'écart imputable au taux de change relativement à des demandes de remboursement pour soins reçus aux É.-U. en vertu du « Critical Shortages Fund ».

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé Manitoba veille à ce que les services médicaux soient assurés en toute équité et à assurer un accès équitable à tous les Manitobains. À compter du 1er janvier 1999, le Règlement sur les soins en consultation externe des établissements chirurgicaux (M.R. 222/98) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie* est entré en vigueur. Il a pour objet d'empêcher les établissements chirurgicaux privés de percevoir des honoraires supplémentaires pour les services médicaux assurés.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2000, le Manitoba comptait au total 3 973 lits pour soins actifs et 728 autres lits (traitement psychiatrique prolongé, soins palliatifs, soins chroniques, évaluation de longue durée/réadaptation et à panneaux) afin de servir une population de 1 144 424 personnes.

Cinquante-sept pour cent de la population manitobaine vit à Winnipeg, ville qui compte 2 234 lits pour soins actifs et 433 autres lits. Il existe, en outre, deux hôpitaux qui offrent des soins de longue durée et un établissement de soins psychiatriques pour adolescents.

Dans les régions rurales du Manitoba, on compte 1 739 lits pour soins actifs et 295 autres lits. On y trouve également deux hôpitaux fédéraux et 22 postes infirmiers fédéraux. Les résidents des régions rurales du Manitoba ont, de plus, accès aux lits pour soins actifs de Winnipeg.

Comme dans les autres provinces, Santé Manitoba connaît une pénurie d'infirmiers et infirmières dans certains domaines et dans des régions données (p. ex., le nord, les régions éloignées et les soins intensifs). Le Manitoba jouit toutefois d'un des ratios d'infirmières autorisées par rapport à la population du pays des plus élevés (89,1 infirmières autorisées / 10 000 habitants - ICIS, 2000).

On trouve également au Manitoba un très large éventail d'autres professionnels de la santé, bien qu'il existe des pénuries dans certains domaines technologiques, - p. ex., radiothérapeutes et technologues spécialisés en échographie. Le nombre de professionnels de la santé travaillant dans ces domaines est faible, toutefois, mais on peut généralement remédier à la pénurie en mettant en œuvre des stratégies de recrutement.

À l'heure actuelle, le Manitoba a accès à trois (3) appareils à imagerie par résonance pour des essais cliniques, toutes à Winnipeg. La première a été installée, en 1990, par la St. Boniface Research Foundation et remplacée en octobre 1998. Le deuxième appareil IMR, au Centre des sciences de la santé, fonctionne de puis septembre 1998. Cet appareil a été installée conjointement avec le Conseil national de recherches (CNR). Le troisième appareil IMR se trouve à Winnipeg depuis janvier 2000.

Un autre appareil IMR, à la St. Boniface General Hospital Research Foundation, est utilisé exclusivement à des fins de recherche. Plus petit que les autres, ne balaye que la tête. Comme aucun essai clinique sur un patient n'a été effectué au moyen de cette appareil, Santé Manitoba n'a prévu aucun montant à cet égard.

Le Manitoba compte onze tomodensitomètres (scanners - TOM) : Health Science Centre (2), St. Boniface General Hospital (2), Victoria General Hospital, Dauphin Regional Health Centre, Brandon Regional Health Centre, Misericordia, Seven Oaks, et les hôpitaux Grace et Concordia. On trouve de plus 56 scanners ultrasons dans les établissements de santé de Winnipeg, auxquels s'ajoutent 23 appareils à ultrasons dans les régions rurales et du Nord. Les essais touchant la densité osseuse menés sur deux appareils situés à Winnipeg et Brandon sont financés par Santé Manitoba.

La province est en train de mettre en œuvre un plan en cinq points destiné à améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés. Ce plan prévoit des fonds qui permettront d'ouvrir jusqu'à 100 nouveaux lits à Winnipeg, Brandon et Thompson; d'améliorer les modalités d'admission et de congé telles que le traitement accéléré et élargi des urgences; une meilleure protection pour les soins infirmiers psychiatriques d'urgence et des équipes supplémentaires d'évaluation du programme gériatrique; un élargissement des services communautaires tels que le programme communautaire de thérapie intraveineuse, un renforcement des programmes de prévention tels que le programme de vaccination antigrippale et l' augmentation de la capacité du programme de soins à domicile et du programme de soins pour adulte.

En 1999-2000, on a assisté à un certain élargissement des services de visualisation diagnostique, tels que la tomographie par ordinateur, dans des régions rurales comme Dauphin. On a de plus approuvé des fonds pour l'élaboration du programme communautaire global sur le cancer, à Neepawa, et deux programmes communautaires satellites sur le cancer dont un à Russell et l'autre à Hamiota.

Le Centre de la santé du sein offre toute une gamme de services de diagnostic et d'évaluation au même endroit, y compris la mammographie diagnostique, l'écographie spécialisée pour le sein, la microbiopsie stéréotactique et la consultation de chirurgiens. Ce centre offre les services suivants : éducation aux personnes et aux familles, évaluation des risques, services d'aiguillage, conseils

génétiques; de même, permet des essais en laboratoire touchant les femmes considérées comme ayant un risque élevé d'avoir le cancer du sein.

On notait une augmentation nette de 224 lits dans les foyers pour soins personnels de la province. L'ouverture de ces lits a permis d'alléger les pressions à cet égard dans les établissements de soins actifs. Les mesures adoptées en 1999-2000 relativement aux délais d'attente pour les services hospitaliers assurés soient plus acceptables comportaient l'achat de nouvel équipement tel que TDM permettant de déterminer la densité osseuse; augmentation des heures d'utilisation de certains équipements spécialisés tels que l'IMR; création d'un Fonds pour infirmiers et infirmières afin de favoriser leur maintien en poste et leur recrutement grâce à des mesures de recrutement dynamiques; des incitatifs directs et un accès accru aux programmes d'enseignement; l'établissement d'un fonds pour le recrutement et le maintien en poste de médecins spécialistes et, enfin, le regroupement de la liste d'attente pour les chirurgies cardiaques.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 1999-2000, Santé Manitoba a lancé plusieurs initiatives visant à améliorer l'accès aux médecins. La pénurie de médecins en régions rurales et éloignées de la province est un problème chronique. Le Manitoba a mis en œuvre un plan d'action de recrutement des médecins en régions rurales qui favorisera le recrutement d'étudiants des régions rurales, augmentera les possibilités de formation pour les étudiants en médecine et les résidents des collectivités rurales. Il compte, en outre, mettre sur pied des infrastructures permettant d'assurer une formation médicale continue.

La province a, de plus, encouragé les employeurs à recruter de nouveaux médecins dans la province, en particulier dans certaines spécialités médicales et chirurgicales où les pénuries sont plus importantes. Le Manitoba a enregistré un gain net de sept médecins, cette année. Des plans visant à lancer de nouvelles initiatives de maintien en poste en 2000-2001 sont en cours.

5.4 Rémunération des médecins

En 1998, le Manitoba et la Manitoba Medical Association (MMA) ont conclu un accord pour l'arbitrage des différends. Ce processus d'arbitrage a atteint son point culminant en août 1999. Le Conseil d'arbitrage a alors accordé une augmentation globale de 13,4 p. 100 pour les honoraires à l'acte, soit un montant de 33,5 millions de dollars. Il a en outre ordonné aux parties de parvenir à une entente quant à la répartition exacte de ce montant global. On a apporté la touche finale à cette entente d'allocation en février 2000. L'actuelle entente touchant la rémunération à l'acte est en vigueur du 1er avril 1998 au 31 mars 2002.

En plus du processus d'arbitrage touchant la rémunération à l'acte des médecins, la MMA a représenté de nombreux médecins lors des négociations menées avec Santé Manitoba et les Offices régionaux de la santé, négociations au terme desquelles des ententes de financement ont été conclues. Les médecins ont également élaboré d'autres modes de financement lors de négociations menées directement avec Santé Manitoba et les Offices régionaux de la santé. Au Manitoba, l'arbitrage est la principale forme de règlement des différends.

Le protocole d'entente est le type d'entente écrite le plus formel conclu entre Santé Manitoba et l'Association dentaire du Manitoba (ADM). Conclu à la suite de la grande décision arbitrale susmentionnée, le protocole de l'ADM a ratifié les augmentations de 13,4 p. 100 pour les actes de chirurgie buccale/dentaire et maxillo-faciale exécutés dans des

établissements hospitaliers seulement. Cette entente est aussi en vigueur pour une période de quatre ans, soit du 1er avril 1998 au 31 mars 2002.

Les médecins sont rémunérés selon une combinaison de modalités : rémunération à l'acte, autres ententes de service, contrats indépendants, etc. En 1999-2000, aucune entente de capitation n'était en vigueur au Manitoba. Les dentistes sont rémunérés selon le principe de la rémunération à l'acte et de la consultation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

La Section 3.1 de la *Loi sur les Offices régionaux de la santé* énonce les exigences touchant les ententes opérationnelles convenues entre les Offices régionaux de la santé et les exploitants d'hôpitaux et de foyers de soins personnels (définis comme étant des entreprises dispensant des soins de santé, aux termes de la Loi).

Selon les dispositions prévues dans cette Section, il n'est pas permis aux Offices régionaux de la santé de fournir des fonds de fonctionnement aux entreprises dispensant des soins de santé: À moins qu'elles n'aient conclu un accord écrit qui prévoit les services de santé devant être fournis par l' entremise; les fonds devant être fournis par l'office pour les services de santé, la durée de l'accord; et un processus de règlement des litiges et les recours en cas de contravention à l'accord. Si les parties ne peuvent parvenir à un accord, la Loi les autorise à demander au ministre de la Santé de nommer un médiateur afin de les aider à régler les questions en suspens. Si la médication ne permet pas de régler le litige, le ministre est habilité à régler l'affaire ou les affaires litigieuses; la décision prise par le ministre est alors exécutoire pour les parties.

Les Offices régionaux de la santé ont conclu les accords nécessaires. Les accords d'exploitation conclus entre l'Office régional de la santé de Winnipeg et les entreprises dispensant des soins de santé qui exploitent des établissements à Winnipeg doivent prendre fin le 31 mars 2001. Ces accords d'exploitation permettent à l'Office régional de la santé de déterminer les fonds nécessaires en se fondant sur des preuves matérielles, les pratiques exemplaires et les critères couramment appliqués dans des établissements comparables.

Outre l'Office régional de la santé de Winnipeg, il existe deux autres Offices régionaux de la santé où des entreprises dispensant des soins de santé exploitent des hôpitaux dans leurs régions de santé respectives (dans les autres régions, les hôpitaux sont tous exploités par les Offices régionaux de la santé ou par le gouvernement fédéral). Les accords en vigueur entre les Offices régionaux de la santé et les entreprises dispensant des soins de santé n'ont pas de dates d'expiration, et les Offices sont habilités à déterminer les fonds à fournir chaque année.

La répartition de ressources par les Offices régionaux de la santé, aux fins de la prestation de services hospitaliers, est approuvée par Santé Manitoba dans le cadre de l'approbation des plans régionaux de santé des offices. Les offices sont tenus de soumettre ces plans pour approbation conformément à l'article 24 de la *Loi sur les Offices régionaux de la santé*. Aux termes de l'article 23 de la Loi, les offices sont tenus d'affecter leurs ressources conformément au plan régional de santé approuvé.

Aux termes du paragraphe 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les services hospitaliers assurés doivent être versés aux Offices régionaux de la santé. Quant aux hôpitaux qui sont ni possédés ni exploités par un office, l'office est tenu de payer chaque hôpital conformément à tout accord conclu entre lui et l'organisme ou la personne qui exploite l'hôpital.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît habituellement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le Manitoba ne fait pas de publicité ni ne produit de documents faisant la promotion des services de santé assurés ou des services de soins complémentaires.

7.0 Services complémentaires de santé

Le Manitoba a mis sur pied des programmes de service communautaire destinés à remplacer de façon adéquate les services hospitaliers. Ces programmes de service sont offerts par Santé Manitoba par l'entremise des Offices régionaux de la santé. Parmi ces services, mentionnons :

Soins intermédiaires en maison de repos

Le Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, autorise la prestation de services aux bénéficiaires des foyers de soins personnels. Ces foyers, privés et non privés, sont agréés dans la province du Manitoba par Santé Manitoba. Les bénéficiaires des foyers de soins personnels payent aussi des frais d'hébergement. Pour l'exercice 1999-2000, les dépenses d'exploitation totales de Santé Manitoba pour les services de soins personnels se sont chiffrées à 311 065 400 $, le nombre total de lits pour soins personnels autorisés étant de 9 619. De plus, les dépenses en immobilisations se sont élevées à 110 683 300 $[3].

Services de soins à domicile

Les soins à domicile Manitoba est un programme d'envergure provinciale visant à offrir des services de santé communautaires efficaces, fiables et adaptés afin de favoriser l'autonomie de la personne, l'intégration communautaire permanente et permettre de recevoir des soins en établissement lorsqu' il n'y a pas d'alternative. Les services de soins à domicile sont dispensés par l'entremise de bureaux locaux des Offices régionaux de la santé. Ils comportent une vaste gamme de services fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins particuliers.

Services de soins de santé ambulatoires

La Loi sur l'assurance-maladie renferme une disposition voulant que l'on désigne comme « institution » au sens de la Loi les centres de santé ambulatoires administrés par une autorité publique sans but lucratif. On trouve environ 10 « institutions »qui reçoivent du contributions versées par Santé Manitoba.

Soins en établissement pour adultes

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes sont des établissements communautaires fournissant l'hébergement, des soins sur place 24 heures sur 24, et assurant une surveillance et dispensant une aide pour certaines activités, de manière à répondre aux besoins particuliers des bénéficiaires. On classe ces établissements selon leur taille. Les foyers agréés peuvent compter jusqu'à trois adultes; les établissements autorisés ont un taux d'occupation est de quatre adultes ou plus.

[3] Ces dépenses se fondent sur une comptabilité d'exercice.

En vertu de la Loi sur les services sociaux et du Règlement du Manitoba 484/88R, les établissements de soins pour bénéficiaires internes doivent être agréés et répondre aux normes établies par la Direction de la réglementation des soins en résidence du ministère des Services à la famille et du Logement. Le règlement autorise l'agrément d'établissements pour trois catégories d'adultes atteints d'incapacité mentale (ceux qui sont atteints de maladie mentale, ceux qui ont une incapacité mentale et ceux qui sont atteints d'incapacité en raison de l'âge).

On compte actuellement au Manitoba 101 établissements de soins pour bénéficiaires internes, agréés et autorisés, pour les personnes atteintes de maladie mentale, le nombre total de lits de 475. On y trouve également 61 établissements «mixtes» disposant de 188 lits. On y dénombre 29 établissements, agréés et autorisés, pour des personnes ayant des incapacités en raison de l'âge, pour un total de lits de 247. La plupart des établissements de soins pour bénéficiaires internes sont situés à Winnipeg et Brandon.

Saskatchewan

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation.

L'article 6.1 de la *Department of Health Act* (loi sur le ministère de la Santé) de 1978 autorise le ministre de la Santé à :

- payer en entier ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant gouverneur en conseil;
- payer en entier ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé dans tout district de santé ou partie de district de santé pour lequel les services sociaux sont considérés nécessaires par le ministre;
- accorder des octrois ou subventions à tout organisme de santé si le ministre le considère nécessaire.

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (loi sur l'assurance-santé de la Saskatchewan) de 1998 donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province.

La *Health Districts Act* (loi sur les districts de santé) de 1993 donne au lieutenant gouverneur en conseil le pouvoir d'établir des conseils de districts de santé (article 3) et aux conseils de districts de santé, celui de dispenser les services (article 26). Trente-deux conseils de districts de santé ont été établis; ceux-ci fournissent les services hospitaliers assurés et une gamme d'autres services de santé.

Les articles 5 et 11 de la *Cancer Foundation Act* (loi sur la fondation contre le cancer) de 1997 établissent la mise en place de la *Saskatchewan Cancer Foundation* et donnent à celle-ci le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des conseils de districts de santé et de la *Saskatchewan Cancer Foundation* sont décrits dans la *Department of Health Act*, la *Health Districts Act* et la *Cancer Foundation Act*, tel que mentionné ci-devant.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé est sous la responsabilité directe du ministre de la Santé, à qui il doit faire rapport de façon permanente sur le financement des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés ainsi que sur l'administration des fonds destinés à ces services.

La *Health Districts Act* oblige tous les conseils de district de santé à soumettre au ministre de la Santé, dans les trois mois suivant la fin de chaque exercice financier :

- un rapport du conseil de district de santé sur les activités et coûts liés aux services;
- un ensemble détaillé d'états financiers vérifiés;
- un rapport sur l'état de santé des résidents du district de santé;
- un rapport sur l'efficacité des programmes du conseil de district de santé.

Tous les conseils de districts de santé sont tenus de soumettre à chaque année au ministère de la Santé de la Saskatchewan des plans stratégiques triennaux ainsi que des plans budgétaires annuels.

Les conseils de districts de santé consultent également de façon continue le personnel sur des questions qui préoccupent tant le conseil de district de santé que le ministre de la Santé.

En vertu de la *Cancer Foundation Act* la fondation contre le cancer est tenue de soumettre au ministre de la Santé, au cours de chaque exercice financier, un rapport sur ses activités de même qu'un état financier pour l'exercice financier précédent.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial effectue une vérification annuelle des ministères et organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé. Cette vérification comprend la vérification des paiements ministériels aux conseils de districts de santé, à la *Saskatchewan Cancer Foundation* ainsi qu'aux médecins et chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Le vérificateur provincial peut aussi effectuer des vérifications des conseils de districts de santé. En se fondant sur les normes professionnelles reconnues, le vérificateur provincial détermine lui-même l'étendue et la fréquence de ces vérifications.

L'article 36 de la *Health Districts Act* stipule que les comptes d'un conseil de district de santé doivent être vérifiés au moins une fois par exercice par un vérificateur indépendant qui possède les compétences requises et qui est nommé à cette fin par le conseil de district de santé. Chaque conseil de district de santé doit soumettre annuellement au ministre de la Santé un ensemble détaillé d'états financiers vérifiés.

L'article 34 de la *Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la fondation doivent être vérifiés au moins une fois l'an par le vérificateur provincial ou une personne désignée par celui-ci.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Department of Health Act* de 1978 impute au ministère de la Santé la responsabilité d'administrer les lois reliées à la santé (article 5) et décrit les pouvoirs et devoirs du ministre de la Santé (article 6), dont les pouvoirs de défrayer les coûts des services de santé et de financer les organismes dispensant des services de santé.

La *Health Districts Act* de 1993 prescrit l'établissement de conseils de district de santé responsables de la planification et de la gestion de la prestation des services de santé et elle donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux conseils de districts de santé aux fins de la loi de même que de participer à des ententes avec les conseils de districts de santé au sujet des subventions accordées en vertu de la loi ou de toute autre question reliée aux activités ou affaires d'un conseil de district de santé.

En date du 31 mars 2000, le nombre et le type d'établissements suivants fournissaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et externes :

- soixante et onze établissements de soins actifs fournissaient des services à des malades hospitalisés et externes;
- un hôpital de réadaptation dispensait des soins pour le traitement, le rétablissement et la réadaptation de personnes devenues invalides à la suite d'une blessure ou d'une maladie. Des services de réadaptation étaient également fournis dans l'unité de réadaptation gériatrique d'un autre hôpital et de deux établissements de soins spéciaux.

La *Hospital Standards Act* (loi sur les normes hospitalières) et le *Hospital Standards Regulations* (règlement sur les normes hospitalières) (1980) établissent des normes minimales pour les soins ainsi que certaines exigences administratives pour les hôpitaux. Tous les hôpitaux doivent posséder les installations nécessaires à la prestation de services de traitement aux malades hospitalisés et externes et ils doivent disposer de services de diagnostic, d'une salle de radiographie et d'une chambre noire ainsi que d'une pharmacie afin de faciliter la distribution adéquate et exacte des médicaments. Au moins un membre du personnel médical doit résider dans la collectivité au sein de laquelle l'hôpital est situé. Chaque hôpital doit employer au moins trois infirmières autorisées, dont une agit comme directrice des soins infirmiers, et il doit s'assurer qu'au moins une infirmière autorisée est en poste à chaque quart de travail.

La *Hospital Standards Act* prévoit aussi la nomination par le ministre d'au moins un inspecteur qui vérifie et fait rapport sur les établissements approuvés en vertu de la loi (article 12). L'article 103 du *Hospital Standards Regulations* comprend une clause mentionnant que le ministre, un inspecteur ou toute personne autorisée par le ministre peut, à tout moment, visiter un hôpital afin de s'assurer de sa conformité à la loi et aux règlements.

Le ministère incite les districts de santé à obtenir une reconnaissance du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) pour l'ensemble du district et il les soutient dans cette démarche. Jusqu'à maintenant, 27 districts de santé ont été agréés par le CCASS. Le processus d'agrément du Conseil consiste à évaluer tous les aspects de la prestation des services de santé en adoptant une perspective axée sur le client. Le processus d'agrément permet aux districts de santé d'évaluer et de comparer toute leur organisation en fonction des normes de qualité nationales, afin qu'ils puissent en arriver à des programmes coordonnés, souples et appropriés pour tous les résidents.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, dont l'hébergement en salle commune, les services de soins infirmiers nécessaires, l'usage d'une salle d'opérations et d'une chambre d'accouchement, les matériels et appareils médicaux et chirurgicaux requis les procédures de radiographie, de laboratoire, la radiologie et les autres procédures de diagnostic, les installations de radiothérapie, les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie, les procédures de physiothérapie, tous les médicaments et préparations biologiques ou semblables administrés à l'intérieur de l'hôpital ainsi que les services rendus par des personnes qui reçoivent une rémunération de l'hôpital.

Il n'existe aucun registre ou liste centrale couvrant l'éventail complet des services fournis par les hôpitaux de la Saskatchewan (par exemple, il n'existe aucune liste de tous les services de soins infirmiers, de toutes les procédures de laboratoire, de radiologie et de diagnostic disponibles).

En fonction de leur évaluation des besoins en matière de santé de la population qu'ils desservent et des ressources financières dont ils disposent, les conseils de districts de santé ont le pouvoir de changer les services hospitaliers assurés qu'ils dispensent.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (1998) exigent que le ministre de la Santé établisse et administre un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province.

En avril 1999 et en janvier 2000, des amendements ont été apportés au *Physician Payment Schedule* (programme de rémunération des médecins) du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* (règlement sur les paiements au sein du régime d'assurance-santé de la Saskatchewan) conformément à l'entente prise avec la *Saskatchewan Medical Association* (association

médicale de la Saskatchewan). Ces amendements sont à l'effet d'ajouter des nouveaux services médicaux assurés et de changer les niveaux de paiement pour certains services choisis.

En Saskatchewan, les médecins peuvent fournir des services médicaux assurés s'ils sont autorisés par le *College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan* (collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan) et s'ils consentent à accepter le paiement du ministère de la Santé pour les services assurés, sans imposer de surfacturation.

En date du 31 mars 2000, 1 550 médecins détenaient une autorisation d'exercer dans la province et étaient admissibles à participer au régime d'assurance-santé.

Les médecins peuvent choisir de se retirer du *Medical Services Plan* (régime de soins médicaux) ou de ne pas y participer, mais s'ils font ce choix, ils doivent renoncer complètement à tous les services médicaux assurés. Le médecin doit aussi aviser les bénéficiaires que les services médicaux qui seront fournis ne sont pas des services assurés et que le bénéficiaire n'a pas droit au paiement de ces services. Une reconnaissance écrite du bénéficiaire mentionnant qu'il/elle comprend l'avertissement donné par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2000, aucun médecin de la Saskatchewan n'avait choisi de se retirer du régime.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires qui sont rendus par des médecins, et qui sont couverts par le régime de soins médicaux du ministère de la Santé et inscrits dans le *Physician Payment Schedule*, qui fait partie de la réglementation afférente à la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* intitulée *The Saskatchewan Medical Care Insurance Regulations*.

En date du 31 mars 2000, il existait environ 3 000 services médicaux assurés différents.

Les services médicaux assurés sont ajoutés au régime de soins médicaux au cours d'un processus de discussion officielle avec la *Saskatchewan Medical Association*. Le directeur administratif de la *Medical Services and Health Registration Branch* (direction générale des services médicaux et d'enregistrement de la santé) gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Lorsqu'un nouveau service médical assuré devient couvert par le régime d'assurance-santé, un amendement obligatoire est apporté au *Physician Payment Schedule*.

Tout membre du public peut faire des recommandations sur les services médicaux à ajouter au régime d'assurance-santé, mais aucune consultation publique officielle n'est effectuée à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes inscrits au *College of Dental Surgeons* (collège des chirurgiens-dentistes) de la Saskatchewan et désignés par le collège à titre de spécialistes capables d'effectuer des chirurgies dentaires peuvent offrir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime de soins médicaux.

En date du 31 mars 2000, 97 spécialistes dentaires dispensaient de tels services.

Les dentistes peuvent choisir de se retirer du régime de soins médicaux ou de ne pas y participer, mais s'ils font ce choix, ils doivent renoncer à tous les services de chirurgie dentaire assurés. Le dentiste doit aussi aviser les bénéficiaires que les services de chirurgie dentaire qui seront fournis ne sont pas assurés et que le bénéficiaire n'a pas droit au paiement de ces services. Une reconnaissance écrite par le bénéficiaire indiquant qu'il/elle comprend l'avertissement qui lui a été donné par le dentiste est également exigée.

En date du 31 mars 2000, aucun dentiste de la Saskatchewan n'avait choisi de se retirer du régime.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont les services de chirurgie dentaire qui sont médicalement nécessaires et qui doivent être rendus dans un hôpital. Ces services comprennent, notamment :

- la chirurgie buccale qui doit être effectuée dans un hôpital et qui est nécessaire à la suite d'un trauma;
- le traitement des jeunes enfants ayant une fissure du palais;
- les soins dentaires en milieu hospitalier devant appuyer des soins médicaux-chirurgicaux (par ex. extractions lorsqu'elles sont médicalement nécessaires);
- le traitement chirurgical du dysfonctionnement de l'articulation temporo-maxillaire.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés couverts par le régime de soins médicaux à la suite d'un processus de discussion et de consultation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la *Medical Services and Health Registration Branch* gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Tout membre du public peut recommander que des services de chirurgie dentaire soient ajoutés au régime d'assurance-santé, mais aucune consultation publique officielle n'est tenue à ce sujet.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés comprennent, notamment :

- les services hospitaliers donnés aux malades hospitalisés et externes pour des raisons autres que la nécessité médicale;
- les frais supplémentaires reliés à l'hébergement en chambre privée ou semi-privée non exigé par un médecin;
- les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par un conseil de district de santé ou en fonction d'un contrat avec celui-ci;
- les services fournis par des établissements de santé autres que des hôpitaux, à moins que ce ne soit dans le cadre d'une entente avec le ministère de la Santé de la Saskatchewan;
- les services non urgents de traitement de la cataracte et les services non urgents d'imagerie par résonance magnétique fournis à l'extérieur de la Saskatchewan sans approbation écrite préalable;
- les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada sans approbation écrite préalable;
- les services médicaux non urgents qui ne sont pas médicalement exigés;
- les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui ne nécessitent pas d'être rendus dans un hôpital;
- les services couverts par la *Saskatchewan Workers' Compensation Board* (commission des accidents du travail de la Saskatchewan).

En principe et selon les politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis en fonction d'un besoin clinique évalué. La conformité à ce principe est surveillée de façon périodique au moyen de consultations menées auprès des conseils de districts de santé, des médecins et des dentistes.

En Saskatchewan, aucuns frais ne sont exigés pour les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaires. Il est permis d'exiger des frais pour de meilleurs services ou produits médicaux seulement si le service ou produit médical n'est pas jugé médicalement nécessaire. La conformité est surveillée au moyen de consultations menées auprès des conseils de districts de santé, des médecins et des dentistes.

S'il évalue que certains services hospitaliers ne sont plus médicalement nécessaires, le gouvernement pourrait ne plus les assurer. Le processus serait fondé sur des discussions entre les conseils de districts de santé, des cliniciens et des fonctionnaires du ministère de la Santé.

Certains services de chirurgie dentaire assurés pourraient ne plus l'être s'ils deviennent non médicalement nécessaires ou s'ils ne doivent plus être rendus dans un hôpital. Le processus serait fondé sur des discussions et consultations avec les chirurgiens dentistes de la province et géré par le directeur administratif de la *Medical Services and Health Registration Branch*.

Certains services médicaux assurés pourraient ne plus l'être s'ils sont établis comme non médicalement nécessaires. Le processus serait fondé sur des consultations menées auprès de la *Saskatchewan Medical Association* et géré par le directeur administratif de la *Medical Services and Health Registration Branch*.

Si elles sont justifiées, il se pourrait que des consultations publiques officielles au sujet des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire qui pourraient ne plus être assurés soient menées.

Aucun service de santé assuré n'a été désassuré en 1999-2000.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* (règlement sur les bénéficiaires et l'administration du régime d'assurance-santé) établissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan.

L'admissibilité est limitée aux « résidents ». Un « résident » est une personne légalement autorisée à résider au Canada qui établit son domicile en Saskatchewan et qui y est habituellement présente ou, encore, tout autre personne déclarée résidente par le lieutenant gouverneur en conseil.

Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent d'ailleurs au Canada pour s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à la couverture offerte par le régime à compter du premier jour du troisième mois suivant leur établissement de résidence en Saskatchewan.

Les Canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et travailleurs étrangers sont admissibles à la couverture offerte par le régime lorsqu'ils établissent leur résidence en Saskatchewan, pourvu que cette résidence soit établie avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les catégories de personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture des services de santé assurés en Saskatchewan :

- les personnes protégées en vertu de programmes de santé du gouvernement fédéral (c'est-à-dire les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus sous responsabilité fédérale, les personnes ayant

demandé le statut de réfugié et les réfugiés kosovars qui sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire [PFSI]);

- les visiteurs de la province;
- les personnes qui sont admissibles à la couverture offerte par leur province ou territoire de résidence pendant la durée de leur séjour en Saskatchewan (par ex. les étudiants et travailleurs couverts par leur province ou territoire de résidence en vertu de clauses d'absence temporaire).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles s'il s'agit :

- de membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada retirés du service, s'ils étaient en poste en Saskatchewan ou résidents de la Saskatchewan à la date de leur retraite;
- de détenus sous responsabilité fédérale, au moment de leur libération;
- de personnes ayant demandé le statut de réfugié, sur réception de leur statut de réfugié au sens de la convention (documents de l'immigration exigés);
- de réfugiés kosovars, à l'échéance de leur protection en vertu du PFSI (documents de l'immigration exigés).

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Le processus d'inscription suivant sert à émettre une carte donnant droit aux services de santé et à inscrire l'admissibilité d'une personne aux services de santé assurés :

- tout résident (autre qu'un enfant à charge de moins de 18 ans) doit s'inscrire;
- l'inscription doit avoir lieu immédiatement après l'établissement de résidence en Saskatchewan;
- l'inscription peut se faire en personne à Regina/Saskatoon ou par la poste;
- chaque personne admissible inscrite se voit remettre une carte en plastique lui donnant droit aux services de santé et portant son numéro de services de santé, numéro unique et permanent qui est composé de 9 chiffres;
- les cartes sont renouvelées tous les trois ans (les cartes actuelles viennent à échéance en décembre 2002).

Toutes les inscriptions sont fondées sur la famille. Les parents/tuteurs peuvent inscrire les enfants à charge de moins de 18 ans de leur unité familiale. Les enfants de 18 ans et plus vivant au domicile de leurs parents ou ailleurs doivent s'inscrire eux-mêmes.

Au 30 juin 1999, il y avait 1 041 256 personnes inscrites en Saskatchewan.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé assurés comprennent les personnes autorisées à entrer et à demeurer au Canada en vertu soit d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre émis par Citoyenneté et Immigration Canada. La famille qui les accompagne peut aussi être admissible à la couverture des services de santé assurés.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut au sens de la convention combinée soit à un permis de travail/de séjour pour étudiants, à un permis du ministre ou à un dossier de « résident permanent » (c'est-à-dire immigrant reçu).

En date du 31 mars 2000, il y avait en Saskatchewan 3 750 de ces résidents « temporaires ».

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

En général, les personnes assurées dans une autre province ou un autre territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de résidence en Saskatchewan. Cependant, quand l'un des conjoints arrive avant l'autre, l'admissibilité du conjoint arrivé le premier est établie en fonction de la date la plus tôt entre celle du premier jour du troisième mois suivant l'arrivée du second conjoint et celle du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de résidence du premier conjoint.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'article 3 du règlement intitulé *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* afférent à la *Medical Care Insurance Act* décrit la transférabilité de l'assurance-santé fournie aux résidents de la Saskatchewan lorsqu'ils sont absents temporairement de la province mais qu'ils restent au Canada.

La couverture continue d'un résident durant une telle période d'absence temporaire de la Saskatchewan est conditionnelle à l'intention de la personne inscrite de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent.

- Études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, émise par le registraire, est exigée annuellement).
- Emploi : jusqu'à 12 mois (aucun document requis).
- Vacances/voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 14 du *Saskatchewan Hospitalization Regulations* (règlement concernant l'hospitalisation en Saskatchewan) autorise le paiement des services hospitaliers, à titre de malades hospitalisés, aux bénéficiaires de la Saskatchewan temporairement à l'extérieur de la province.

L'article 10 du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* autorise le paiement des services médicaux aux bénéficiaires de la Saskatchewan temporairement à l'extérieur de la province.

Concernant la facturation, la Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales réciproques avec toutes les provinces pour les services hospitaliers et avec toutes les provinces sauf le Québec pour les services médicaux. Les tarifs payés sont ceux de la province hôte.

En 1999-2000, les dépenses pour les services médicaux rendus hors province ont été de 13,42 millions de dollars et celles pour les services hospitaliers rendus hors province ont été de 28,68 millions de dollars.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations*, règlement afférent à la *Medical Care Insurance Act*, décrit la transférabilité de l'assurance-santé accordée aux résidents de la Saskatchewan lorsqu'ils sont temporairement absents du Canada.

La couverture continue des étudiants, travailleurs temporaires et vacanciers/voyageurs durant une période d'absence temporaire du Canada est conditionnelle à l'intention de la personne inscrite de retourner

résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent.

- Étudiants : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, signée par le registraire, est exigée à chaque année).
- Emploi : jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée).
- Vacances/voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 15 du *Saskatchewan Hospitalization Regulations* décrit les clauses selon lesquelles un résident est admissible à la couverture de l'assurance-santé lorsqu'il est temporairement à l'extérieur du Canada. En résumé, un résident est admissible aux services hospitaliers médicalement nécessaires au tarif de 100 $ par jour pour un malade hospitalisé et de 50 $ par jour pour la visite d'un malade externe.

En 1999-2000, la somme de 2 484 961 $ a été payée pour les services hospitaliers fournis aux malades hospitalisés et la somme de 348 379 $ a été dépensée pour les services hospitaliers donnés aux malades externes.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Avant que le ministère de la Santé ne finance le coût d'un service de santé non urgent reçu par un résident de la Saskatchewan dans une autre province/territoire ou pays :

- la recommandation d'un médecin spécialiste de la Saskatchewan doit être fournie au ministère de la Santé; cette recommandation doit préciser que le service est médicalement nécessaire ou requis et qu'il n'est pas disponible en Saskatchewan ou au Canada, respectivement;
- une approbation écrite préalable doit être fournie par le ministère de la Santé.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Afin de garantir que l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés n'est pas entravé ou empêché à cause d'obstacles financiers, la surfacturation par les médecins ou les chirurgiens dentistes et l'exigence de frais modérateurs par les hôpitaux ne sont pas permises en Saskatchewan.

Le *Saskatchewan Human Rights Code* (charte des droits de la personne de la Saskatchewan) interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation de famille, l'état matrimonial, l'invalidité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2000, la Saskatchewan comptait 71 hôpitaux de soins actifs, avec une capacité de 3 217lits (2 944 lits pour soins actifs, 90 lits pour soins de réadaptation et 183 lits pour soins psychiatriques).

L'hôpital Wascana Rehabilitation disposait de 56 lits pour soins de réadaptation, de 197 lits pour soins de longue durée et de 54 lits pour le ministère des Anciens Combattants. Quelques autres lits pour soins de réadaptation étaient situés dans des établissements de soins de longue durée.

Le ministère ne recueille pas d'information sur les lits pour soins actifs utilisés pour les services de soins de jour.

Des données couvrant l'ensemble de la province et provenant d'une enquête menée auprès des employeurs en santé, la *Provincial Health Employer Survey*, indiquent que tout au long des années 1990, le nombre de professionnels de la santé à l'emploi du système de santé provincial a augmenté légèrement, mais de façon constante. Dans presque tous les cas, le nombre de professionnels de la santé pratiquant dans la province a augmenté entre 1990 et 1999. Au cours de cette période, le nombre d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées a diminué (d'environ 5 p. 100 pour les infirmières autorisées et d'environ 21 p. 100 pour les infirmières auxiliaires autorisées). La population de la Saskatchewan n'a pas changé de façon substantielle au cours de la même période, bien que la proportion de la population âgée de 75 ans et plus ait augmenté, passant de 5,9 p. 100 à 7,3 p. 100 de la population assurée.

La banque de données sur les infirmières autorisées de l'Institut canadien d'information sur la santé indique qu'en 1998, le rapport d'infirmières autorisées envers la population de la Saskatchewan (823/100 000) était similaire à celui des autres provinces et plus élevé que le taux pour l'ensemble du Canada (748/100 000).

Au cours des quelques dernières années, certains hôpitaux ont manqué de personnel infirmier, particulièrement d'infirmières possédant une formation spécialisée leur permettant de travailler dans des domaines comme les salles d'opérations, les soins intensifs et la dialyse.

En ce qui a trait à la disponibilité du matériel et des services choisis pour le diagnostic, les soins médicaux, la chirurgie et le traitement dans les établissements fournissant les services hospitaliers assurés :

- les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont situés à Saskatoon (2) et à Regina (1);
- les appareils de tomodensitométrie sont disponibles à Saskatoon (3 appareils), à Regina (3 appareils), à Prince Albert (1 appareil) et à Swift Current/Moose Jaw (1 appareil);
- la dialyse rénale est offerte à Saskatoon, à Regina, à Lloydminster, à Prince Albert, à Tisdale, à Yorkton et à Swift Current;
- le traitement du cancer est offert à Saskatoon et à Regina où sont situés des centres anticancéreux;
- dix-huit districts de santé participent à un programme communautaire d'oncologie qui permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon;
- environ 70 p. 100 des services de chirurgie sont fournis à Saskatoon et à Regina, où sont en place des médecins et du personnel spécialisés ainsi que l'équipement permettant d'offrir une gamme complète de services chirurgicaux;
- cinq hôpitaux de taille moyenne situés à Prince Albert, Moose Jaw, Yorkton, Swift Current et North Battleford offrent un pourcentage additionnel de 22 p. 100 des services de chirurgie; les services qui restent sont offerts dans de plus petits hôpitaux de l'ensemble de la province;
- des liens de télésanté ont été établis pour permettre aux résidents d'un certain nombre de régions rurales et éloignées d'accéder à un spécialiste, à un médecin de famille et à d'autres fournisseurs de services de santé sans qu'ils aient à se déplacer sur de longues distances.

En 1999-2000, un certain nombre de mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés.

- L'accès aux services d'IRM a été amélioré en 1999-2000, grâce à la mise en place d'un tel service à Regina en avril 1999 et à l'ouverture d'un second service d'IRM à Saskatoon en juillet 1999.
- Un service partagé de tomodensitométrie entre les hôpitaux de Swift Current et de Moose Jaw est devenu opérationnel en janvier 2000.
- Les services de télésanté du ministère de la Santé de la Saskatchewan ont continué à être élaborés au cours de l'année.
- L'installation et l'essai d'un réseau de téléconférences vidéos en temps réel pour la télésanté reliant huit emplacements ont été achevés en 1999-2000. Ce réseau, connu sous le nom de *Northern Telehealth Network* (réseau de télésanté du Nord), a des sites à Saskatoon, Prince Albert, La Ronge, Pinehouse Lake, Beauval, Île-à-la-Crosse, Meadow Lake et North Battleford. Le mois de juillet a marqué le début d'un projet pilote d'un an qui fournit aux travailleurs de la santé l'accès à une gamme de services spécialisés et à de l'éducation permanente.
- L'installation et l'essai d'un projet de télésanté reliant Nipawin et Cumberland House ont été achevés à la fin de mars 2000.
- Les représentants du réseau ont fourni une assistance au personnel du projet *First Nations Telehealth Research Project* qui est en train d'établir un emplacement de télésanté à Southend. La Ronge, Prince Albert et Saskatoon fourniront des services de consultation spécialisée et d'éducation permanente au site de Southend.
- Le district de santé de Regina a commencé à fournir un service de tests de la teneur minérale de l'os aux résidents du sud de la Saskatchewan.
- Comme les cliniques satellites de Tisdale et de Yorkton ont étendu leurs opérations en juin et en novembre 1999, respectivement, pour beaucoup de malades des régions du nord-est et du sud-est de la province, les services de dialyse rénale se sont rapprochés de leur domicile. La planification, la rénovation et la formation du personnel d'un nouveau service satellite à Swift Current, dont l'ouverture était prévue pour avril 2000, ont été effectuées.
- La *Saskatchewan Cancer Agency* a continué d'étendre son programme communautaire d'oncologie. En 1999-2000, le programme a été étendu et, maintenant, 18 districts de santé y participent. Ce programme permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon.
- En 1999-2000, le ministère de la Santé de la Saskatchewan a versé un montant de 1,5 million de dollars en contribution pour l'achat d'un nouvel accélérateur linéaire destiné au centre anti-cancéreux de Saskatoon.

À la suite de son succès dans le traitement de la maladie de Hodgkin et des autres types de lymphomes, le programme de greffe de cellules souches du sang périphérique destiné aux malades cancéreux a bénéficié d'un financement accru pour qu'il prenne de l'expansion afin d'inclure les malades souffrant de myélopathie et de leucémie. L'expansion de ce service spécialisé permet à un plus grand nombre de malades cancéreux d'être traités efficacement plus près de leur domicile, ce qui réduit le fardeau financier et émotif associé à la nécessité d'avoir à se déplacer sur de longues distances pour recevoir un traitement. En 1999-2000, le programme de cellules souches a offert des services à 42 malades.

En 1999-2000, le ministère de la Santé de la Saskatchewan a approuvé en principe ou recommandé pour élaboration plus approfondie

des projets visant à remplacer ou à rénover les hôpitaux en place à Humboldt, Île-à-la-Crosse, Leader, Moosomin, Melfort, Preeceville, Rosthern, Saskatoon, Spiritwood et Yorkton.

En août 1999, le gouvernement provincial a établi un fonds de 12 millions de dollars consacré aux listes d'attente, afin de résoudre les problèmes reliés aux listes d'attente et de réduire les temps d'attente pour l'obtention des services assurés. Le fonds de 1999-2000 a servi à augmenter la capacité chirurgicale et le débit à Regina et à Saskatoon, où environ 70 p. 100 des chirurgies de la Saskatchewan sont effectuées. Les fonds ont été utilisés par les deux districts de santé :

- pour acheter de l'équipement supplémentaire essentiel à la chirurgie;
- pour augmenter le temps de salle d'opération disponible en modifiant la répartition du personnel et en déplaçant certaines procédures, de la salle d'opération vers les soins ambulatoires;
- pour financer des initiatives de recrutement du personnel, de maintien de l'effectif et de formation;
- pour mettre en place une série d'initiatives de coordination et de gestion de l'utilisation.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Médecins

- En date du 31 mars 2000, il y avait, en Saskatchewan, 1 184 médecins actifs (définis comme gagnant au moins 10 000 $ par trimestre). De ce nombre, 731 (61,7 p. 100) étaient des médecins de famille et 453 (38,3 p. 100) étaient des spécialistes.

Dentistes

- En date du 31 mars 2000, environ 370 dentistes pratiquaient dans tous les principaux centres de la Saskatchewan. Quatre-vingt dix-sept dentistes offraient des services assurés (c'est à dire des services de chirurgie dentaire).

En 1999-2000, un certain nombre d'initiatives visant à améliorer l'accès aux services médicaux assurés et à réduire les temps d'attente pour les services médicaux étaient en cours. Celles-ci comprenaient, entre autres, les suivantes :

- Programme de formation et réintégration – ce programme accorde annuellement deux bourses à des médecins de famille ruraux qui souhaitent suivre une formation spécialisée, à la condition que les médecins s'engagent à retourner à leur travail par la suite.
- Financement pour le recrutement et le maintien en poste de spécialistes – les districts de santé de Regina et de Saskatoon ont reçu un financement supplémentaire pour le recrutement et le maintien en poste de médecins spécialistes.
- Coordonnateur du recrutement des médecins - un coordonnateur du recrutement des médecins assiste les districts ruraux et les médecins dans le recrutement de médecins.
- Programme de couverture des salles d'urgences et de répit durant les fins de semaine – les médecins ruraux sont soutenus par un programme intégré de couverture des salles d'urgences et de répit durant les fins de semaine pour lequel un financement annuel de 6,8 millions de dollars sert à rémunérer les médecins qui fournissent une couverture des salles d'urgences dans les régions rurales et à

aider les collectivités disposant de moins de trois médecins à embaucher d'autres médecins pour donner un répit durant les fins de semaine aux médecins en place.

- Programme de subventions pour l'établissement d'une pratique rurale – ce programme met des subventions de 18 000 $ à la disposition de médecins formés au Canada ou reçus comme immigrants qui établissent, pour un minimum de 18 mois, de nouveaux cabinets dans les régions rurales de la Saskatchewan.
- Programme de bourses d'études pour médecins résidents – ce programme fournit des bourses d'études de 18 000 $ à trois médecins de famille résidents afin de les aider à faire face aux dépenses reliées à la formation médicale en retour d'un engagement à servir dans un milieu rural.
- Programme de bourses d'études pour étudiants en médecine du premier cycle – ce programme offre une bourse annuelle de 18 000 $ aux étudiants en médecine qui, en retour, s'engagent par écrit à oeuvrer dans une collectivité rurale.
- Formation pour l'amélioration de la pratique rurale – ce programme fournit un remplacement du revenu aux médecins ruraux pratiquants et une assistance aux médecins résidents qui désirent suivre une formation spécialisée dans un domaine en demande dans les régions rurales de la Saskatchewan. Un engagement de retour de service est exigé.
- Programme d'éducation médicale continue sur les urgences en milieu rural – ce programme fournit des fonds aux médecins ruraux désirant obtenir une attestation de certification ou de recertification de leurs compétences en soins d'urgence et en gestion du risque. Les médecins acceptés sont tenus d'offrir leurs services dans une région rurale de la Saskatchewan après avoir terminé un programme éducatif.
- Programme de répit durant les fins de semaine accordé par des médecins résidents – ce programme assortit des résidents de deuxième année en médecine familiale à des médecins des plus grandes collectivités rurales qui désirent obtenir un répit durant les fins de semaine.
- Programme de service de suppléance – la *Saskatchewan Medical Association* reçoit un financement pour offrir un service de suppléance afin d'accorder un répit aux médecins lorsqu'ils prennent un congé pour des vacances, de la formation ou autre.
- Services d'autres modes de paiement et de soins primaires – un soutien est accordé aux initiatives incitant les médecins à recourir à des professionnels de la santé associés et favorisant l'amélioration de l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.
- Programme de services médicaux du Nord – ce programme est une tentative tripartite du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan pour aider à stabiliser la disponibilité en médecins dans le nord de la Saskatchewan.
- Programme rural de congé prolongé – ce programme soutient les médecins pratiquant en milieu rural qui veulent mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances dans des domaines comme l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie, en leur remboursant les frais de scolarité et le manque à gagner pour une période allant jusqu'à six semaines.
- Programme d'aide de voyage en milieu rural – ce programme fournit une aide de voyage aux médecins en régions rurales qui participent à des activités éducatives.
- Réseau de télésanté du Nord – ce réseau de télésanté fournit aux médecins des régions éloignées ou isolées un accès à des collègues, à une expertise spécialisée et à de l'éducation permanente.

5.4 Rémunération des médecins

Le processus de négociation avec les médecins et dentistes des ententes sur la rémunération des services assurés est décrit dans la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, comme suit :

- un comité d'étude de la rémunération médicale est mis sur pied dans les quinze jours de l'avis émis soit par la *Saskatchewan Medical Association* ou le gouvernement à l'effet de commencer les discussions sur une nouvelle entente;
- chaque partie ne doit pas nommer plus de six représentants au comité;
- l'objectif du comité est de préparer une entente satisfaisante pour les parties en ce qui concerne les services assurés;
- dans le cas où une entente satisfaisante ne peut pas être atteinte, la question peut être référée au conseil d'étude de la rémunération médicale, qui est formé d'une personne nommée par chaque partie; ces personnes choisissent, tour à tour, un troisième membre;
- le conseil a le pouvoir de prendre des décisions qui lie les parties en cause.

L'entente actuelle est venue à échéance le 31 mars 2000 et les parties suivent présentement le processus de négociation d'une nouvelle entente.

L'article 6 du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* décrit l'obligation du ministre de la Santé d'effectuer le paiement des services assurés conformément au *Physician Payment Schedule* et au *Dentist Payment Schedule*. Des amendements au barème des paiements (apportés par cette réglementation) entrant en vigueur le 1er avril 1999 et le 1er janvier 2000 ont été apportés afin de refléter l'ajout de nouveaux services et les ajustements dans les niveaux de paiement pour certains services assurés choisis.

La formule de rémunération à l'acte est la méthode la plus largement utilisée de rémunération des médecins pour les services de santé assurés en Saskatchewan, bien que les méthodes de rémunération à la vacation, de paiement de salaire, de paiement par capitation et d'un mélange de ces méthodes soient également utilisées. La méthode de rémunération à l'acte est le seul mécanisme de paiement des dentistes pour les services de chirurgie dentaire assurés.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En 1994 et 1995, la Saskatchewan a adopté une approche fondée sur les besoins de la population. Dans cette approche, le financement est alloué aux conseils de districts de santé en fonction des caractéristiques de la population qui déterminent les besoins de services. Chaque conseil de district de santé reçoit un budget global établi par un large secteur de services (par ex., soins actifs institutionnels – hôpitaux; interventions de soutien en institution; services à domicile) et a la responsabilité d'allouer les fonds de ce budget afin de répondre aux besoins de services et aux priorités déterminés au moyen de ses processus d'évaluation des besoins. Les districts peuvent recevoir des fonds additionnels pour la réalisation de programmes hospitaliers spécialisés (par ex., dialyse rénale, services spécialisés d'imagerie médicale et services respiratoires spécialisés) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres districts de santé.

Les paiements aux districts de santé pour la prestation de services sont effectués en vertu de la *Health Districts Act* (1993). Cette loi donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux conseils de districts de santé aux fins de la loi et de signer des ententes avec les conseils de districts de santé, dans le respect des subventions accordées en vertu de la loi ou pour tout autre question reliée aux activités ou aux affaires d'un conseil de district de santé.

Le financement des districts, y compris la plus grande partie du financement des services hospitaliers assurés, est fourni en fonction de l'approche fondée sur les besoins décrite ci-devant.

Les districts peuvent recevoir des fonds additionnels pour la réalisation de programmes hospitaliers spécialisés, tels que la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale et les services respiratoires spécialisés.

En 1999-2000, les fonds destinés à régler les problèmes de listes d'attente pour ceux qui doivent subir une opération chirurgicale ont été alloués aux deux plus grands districts de santé en fonction d'un protocole d'entente (PE) passé entre le ministère et le district. Ces PE établissaient un montant maximal à dépenser pour l'équipement essentiel, le reste des fonds devant servir à des initiatives opérationnelles visant à augmenter la capacité chirurgicale et le débit. Les PE précisaient les augmentations attendues dans les volumes de services et exigeaient la production de rapports afin de permettre au ministère de surveiller la conformité.

Annuellement, les conseils de districts de santé produisent un rapport sur les résultats financiers totaux de leurs opérations.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales fournies via le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans son budget annuel 1999-2000 et dans les documents connexes, dans ses Comptes publics 1999-2000 et dans son rapport financier de la mi-année, lesquels ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de la Saskatchewan.

7.0 Services complémentaires de santé

En date du 31 mars 2000, l'éventail des services de santé complémentaires offerts par le gouvernement provincial comprenait un régime de médicaments d'ordonnance, un programme d'éducation dentaire pour enfants, un programme de prothèses auditives, le *Saskatchewan Aids to Living Independent Living Program* (qui fournit des matériels et appareils médicaux aux personnes handicapées), une couverture limitée des services rendus par les chiropraticiens, les optométristes et les podologues, des services de soins à domicile, des services de soins de longue durée, des services ambulanciers aériens et routiers, des services de cliniques communautaires et de centres de santé communautaires, des services de toxicomanie, des services de santé publique, des services de santé mentale et des services de promotion de la santé.

Alberta

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé sans but lucratif de l'Alberta (*Alberta Health Care Insurance Plan*) est géré par le ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Le régime est administré en vertu de la *Alberta Health Care Insurance (AHCI) Act* et de son règlement d'application. La Loi, promulguée en 1969, prévoit la prestation de services de santé de base pour tous les résidents de l'Alberta (aux termes de la Loi) et de services de santé complémentaires aux résidents albertains de 65 ans ou plus ou, encore, à ceux qui reçoivent une pension de veuve et à leurs personnes à charge. Le fonctionnement du régime est autorisé par l'article 3 (partie 1) de la *AHCI Act*; l'article 4 décrit la « protection offerte par le régime » et l'article 5, le paiement des services assurés et les services d'urgence. Cet article interdit également la surfacturation et définit les « autres frais non facturés ».

Le rôle et le mandat du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta sont les suivants.

- Préserver, protéger et améliorer la santé des Albertains et la qualité de leur système de santé.
- Élaborer des politiques et des normes en matière de santé et déterminer les ressources nécessaires au maintien du système de santé et à la satisfaction continue des besoins en santé des Albertains.
- Veiller à ce que les services de santé soient appropriés, bien gérés et accessibles à tous les Albertains.

1.2 Liens hiérarchiques

Le régime est administré par la Finance and Health Plan Administration (FHPA) Division du ministère de la Santé et du Mieux-être. Le SMA de la Division relève directement du sous-ministre qui est lui-même sous les ordres du ministre. Le ministre répond de sa gestion devant l'assemblée législative et le gouvernement albertain. En retour, le gouvernement de l'Alberta est responsable devant tous les Albertains.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être présente au Trésor public un rapport annuel comprenant l'énoncé des responsabilités, les états financiers consolidés de la province et une comparaison du rendement actuel par rapport aux résultats prévus dans le plan des activités du gouvernement. Le rapport annuel présente non seulement des données financières, mais aussi des résultats liés aux quatre principaux objectifs opérationnels du Ministère, à savoir les suivants.

1. Établir une orientation, des politiques et des normes provinciales.
2. Affecter des ressources.
3. Assurer la prestation de services de santé de qualité.
4. Mesurer le rendement du système de santé et produire des rapports à cet égard.

Chaque année, le ministère de la Santé et du Mieux-être publie également un rapport statistique complémentaire. Ce rapport fournit des statistiques à jour relatives au régime, essentiellement le nombre d'inscrits et les paiements à l'acte versés aux médecins et aux praticiens apparentés albertains (chirurgiens stomatologistes, dentistes, chiropraticiens, optométristes et podologues). Les statistiques concernant le programme de services de santé complémentaires et la protection individuelle de

la Croix Bleue de l'Alberta offerts dans le cadre du régime sont également fournies.

1.3 Vérification des comptes

Le ministère de la Santé et du Mieux-être ne produit plus d'états financiers distincts pour le régime. Les vérifications des dépenses relatives aux services fournis par l'entremise du régime (services médicaux et primes versées) s'inscrivent dans le cadre de la vérification des comptes du Ministère effectuées par le vérificateur général de la province.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les conseils régionaux de santé détiennent le pouvoir, l'autorité et la compétence leur permettant d'appliquer la *Hospitals Act* (RSA1980, chapitre H-11) de l'Alberta. Ils sont financés par le ministère de la Santé et du Mieux-être et relèvent du ministre. La *Hospitals Act* est la loi habilitante qui régit les services hospitaliers assurés. Elle définit ainsi les services assurés comme [traduction] « les services hospitaliers dont les coûts opérationnels seront assumés vertu de la présente partie » et définit également l'hospitalisation en salle commune et l'endroit où les services assurés doivent être rendus. La nature de ces services est établie dans le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR244/90).

Établissements de soins actifs	101
Hôpitaux auxiliaires (soins subaigus)	6
Soins communautaires	3
TOTAL	110

Un établissement de soins actifs fournit des services hospitaliers requérant ou non une hospitalisation (voir Lexique).

Pour participer au régime d'assurance-santé provincial, les établissements doivent satisfaire aux conditions suivantes.

L'alinéa 44(2)a) de la *Hospitals Act* stipule que [traduction] « par décret, le ministre peut déterminer quels hôpitaux offrent des services normalisés qui les qualifient en tant qu'hôpitaux approuvés et peut les déclarer en tant que tel ». Le processus actuel d'autorisation des hôpitaux (établissements de soins actifs et hôpitaux auxiliaires) implique la tenue d'un examen et l'octroi d'une autorisation ministériels à chaque étape du processus. Ce processus comprend : l'évaluation des besoins; l'établissement d'un programme, d'un plan de prestation de services, d'un programme hospitalier fonctionnel et d'un plan d'immobilisations régionales; la désignation de centres fonctionnels; l'inscription des établissements et leur inclusion dans la liste ministérielle des hôpitaux autorisés.

Les conseils régionaux de santé ont le mandat de négocier et d'autoriser des marchés relatifs au fonctionnement de maisons de repos privées ou sans but lucratif. Les maisons de repos privées suivent le processus d'autorisation décrit ci-devant pour les hôpitaux autorisés. Conformément à l'article 6 (partie 2) de la *Nursing Homes Act*, les conseils régionaux de santé doivent fournir au ministre de la Santé et du Mieux-être des exemplaires de tous les marchés conclus avec des maisons de repos.

On attribue des numéros distincts aux établissements de santé pour un certain nombre de raisons, la principale étant le remboursement des réclamations des frais médicaux.

Les établissements de santé suivants doivent recevoir un numéro : Établissements de soins actifs, hôpitaux auxiliaires, établissements psychiatriques et maisons de repos. Les établissements suivants ne reçoivent pas de numéro : pavillons gérés dans le cadre du programme de résidences-services des aînés; foyers de groupe titulaires d'un permis en vertu de la *Social Facilities Care Act*;

résidences-services. En outre, les conseils régionaux de santé n'ont pas à demander de numéros pour les cabinets de médecin ou les cliniques médicales. Cette responsabilité relève des cliniques et des cabinets mêmes.

En vertu de la *Hospitals Act*, les hôpitaux auxiliaires sont désignés de la façon suivante par le ministre.

- Alinéa 1(1)b) – Un hôpital autorisé désigne un hôpital autorisé par le ministre.

Le *Hospitalization Benefits Regulations* décrit les « services assurés » comme suit : paragraphe 4(1) – outre l'hospitalisation en salle commune, les produits et les services suivants constituent des services assurés en vertu de la Loi (partie 3) :

a) services aux malades hospitalisés

   i) l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque cette mesure se justifie pour des raisons médicales;
   ii) les soins infirmiers privés, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et approuvés conformément aux règlements de l'hôpital;
   iii) les médicaments, les préparations biologiques et autres administrés à l'hôpital, aux termes des alinéas f) et g) du paragraphe 2;
   iv) les stimulateurs cardiaques, les plaques en acier, les broches, les prothèses articulaires, les implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le ministre;
   v) le transport en Alberta, par ambulance ou au moyen de tout autre véhicule commercial pour les raisons décrites à l'article 6 (c.-à-d. le transport entre les hôpitaux);
   vi) les produits et les services compris dans un programme hospitalier autorisé ou un programme particulier, mais qui ne sont pas inclus aux alinéas i) à v);
   vii) les produits et services améliorés décrits au paragraphe 5.2(2) (doivent être médicalement nécessaires d'après le médecin traitant).

b) services aux malades externes – tous produits et services médicalement nécessaires pouvant être offerts en consultation externe, notamment les produits utilisés au cours d'un acte médical, excluant les produits donnés à un malade pour utilisation après son congé d'un hôpital autorisé.

Le régime finance les conseils régionaux de santé qui, en retour, gèrent les hôpitaux de leurs régions. Selon la *Hospitals Act* et son règlement d'application, les hôpitaux doivent fournir des « services hospitaliers assurés ». Les services particuliers fournis en plus des services hospitaliers assurés sont fournis à la discrétion des régions.

2.2 Services médicaux assurés

Le *Medical Benefits Regulation* (AR173/93) (qui touche les services rendus à partir du 1er avril 1993) régit les services couverts de même que les exigences relatives à la présentation, dans le cadre du régime, de réclamations pour des actes médicaux. Le Règlement fixe les tarifs d'après ceux « établis dans la liste des services médicaux assurés préparée et publiée par le ministère de la Santé et du Mieux-être et approuvée par le ministre ».

La *AHCI Act* définit le terme « médecin » comme suit.

- en ce qui a trait aux services médicaux rendus en Alberta, personne inscrite en tant que médecin désigné ou ostéopathe désigné en vertu de la *Medical Profession Act*;
- en ce qui concerne les services médicaux fournis à l'extérieur de l'Alberta, personne autorisée par la loi à pratiquer la médecine ou l'ostéopathie à cet endroit.

La *AHCI Act* définit le « praticien » comme suit.

- Chiropraticien, mécanicien-dentiste, chirurgien dentiste, opticien, optométriste, médecin, podologue ou toute autre personne qui fournit un service de santé de base ou un service de santé complémentaire.

La *Medical Profession Act* définit le « praticien inscrit » comme suit.

- personne inscrite au registre médical de l'Alberta ou inscrite temporairement en vertu de l'article 28.

En Alberta, seules les personnes qui satisfont aux exigences décrites ci-devant ont le droit de fournir des services médicaux assurés dans le cadre du régime.

Les cabinets de médecins sont inscrits par le ministère de la Santé et du Mieux-être s'ils satisfont aux exigences (c.-à-d. que la consultation a lieu sur place, que les rendez-vous sont pris sur place, que les dossiers des malades sont tenus à jour sur place, etc.).

Avant d'être inscrit auprès du Ministère, un praticien doit remplir les formules d'inscription appropriées – en outre, le praticien doit fournir un exemplaire de son permis d'exercer (délivré par l'organisme ou l'association qui s'applique - *College of Physician and Surgeons of Alberta, Alberta Dental Association*, etc.) au Ministère. Ces organismes sont responsables de l'inscription et du suivi de leurs membres.

Au 31 mars 2000, le nombre de médecins qui participaient au régime se détaillait comme suit.

Médecins	4 641
Dentistes/chirurgiens stomatologistes	1 450
Chiropraticiens	645
Optométristes	293
Podologues	41
Prothésistes dentaires	192
Opticiens	235
TOTAL	7 497

Conformément au paragraphe 5.11(1) de la *AHCI Act*, tous les médecins sont considérés comme étant inscrits au régime.

Un médecin peut se retirer du régime de la façon suivante : aviser le ministre de la date d'entrée en vigueur de son retrait, publier un avis du retrait proposé dans un journal à grand tirage de la région où il offre ses services et afficher un avis du retrait proposé dans un endroit du cabinet auquel les patients ont accès, et ce, au moins 180 jours avant la date d'entrée en vigueur du retrait.

Un médecin qui n'a jamais pratiqué en Alberta peut se retirer du régime avant de commencer à exercer en avisant par écrit le ministre de la date à laquelle il commencera à pratiquer et en publiant un avis du retrait proposé dans un journal à fort tirage de la région où ce dernier entend pratiquer.

Un médecin qui s'est retiré du régime doit afficher un avis dans son cabinet pour aviser sa clientèle de son statut et veiller à ce que chaque patient ait été personnellement informé de son statut avant que tout service ne lui soit fourni.

Un médecin qui n'a plus le droit de participer au régime pour une période ininterrompue d'au moins un an peut le réintégrer moyennant une demande écrite envoyée au ministre au moins 30 jours avant la date d'entrée en vigueur de la réintégration.

Un médecin qui s'est retiré du régime pendant une période ininterrompue de moins d'un an peut présenter une demande de réintégration. La demande doit être présentée sous une forme acceptable et doit contenir l'information nécessaire au ministre.

Au 31 mars 2000, un médecin de la province s'était retiré du régime.

Le *Medical Benefits Regulation* (AR 173/93) décrit les services assurés. Ces services figurent dans la liste des services médicaux assurés préparée et publiée par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Plus particulièrement, ces services sont les suivants : services médicaux généraux; actes médicaux et de chirurgie généraux; anesthésie; médecine de laboratoire et pathologie; obstétrique; gynécologie; chirurgie cardio-thoracique et vasculaire; chirurgie générale; chirurgie orthopédique; neurochirurgie; chirurgie en urologie; oto-rhino-laryngologie; ophtalmologie; chirurgie plastique de reconstruction; médecine; psychiatrie; pédiatrie; dermatologie; psysiothérapie et réadaptation; médecine d'urgence; radiologie de diagnostic; radiologie thérapeutique et neurologie. L'Alberta couvre également des services qui n'apparaissent pas sur cette liste, qui sont considérés comme médicalement nécessaires et qui ne relèvent pas de la recherche expérimentale ou appliquée.

Au cours de la période allant du 1er avril 1999 au 31 mars 2000, les services suivants ont été ajoutés à la liste des services médicaux assurés dans le cadre du régime :

- consultations sur les soins à domicile destinées aux travailleurs des services de soins à domicile ou aux travailleurs communautaires en santé mentale – régies par des critères particuliers;
- consultations sur les soins à domicile destinées aux travailleurs des services de soins – consultations sur les soins et les traitements dispensés à un patient recevant des services à domicile en vertu du programme de soins à domicile de l'Alberta;
- consultations sur les soins de santé destinées aux travailleurs communautaires en santé mentale – consultations sur les soins et les traitements dispensés à un patient recevant des services communautaires de soins de santé mentale en vertu du programme de services communautaires en santé mentale de l'Alberta;
- services de télésanté, à l'exception de la téléradiologie et de la télépsychiatrie, figurant sur la liste des services médicaux assurés;
- services d'aide en télésanté;
- extraction à vide d'une carie moyenne;
- interruption de grossesse entre la 13e et la 20e semaine pour des raisons médicales ou génétiques;
- malléole interne, axial et externe;
- mammographie de dépistage (entre 40 et 49 ans inclusivement);
- mammographie de dépistage (entre 50 et 69 ans inclusivement);
- mammographie de dépistage (70 ans ou plus);
- mammographie de diagnostic, prise de clichés supplémentaires.

Les services médicaux assurés et tous les changements subséquents (ajouts, retraits ou changements) apportés à la liste des services médicaux assurés font l'objet de discussions entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et l'*Alberta Medical Association* (AMA), par l'entremise d'un sous-comité composé de

membres du Ministère et de l'AMA. Ce processus n'implique pas de consultation publique. Les changements apportés à la liste nécessitent l'autorisation du ministre.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En vertu du régime, l'Alberta couvre un certain nombre de chirurgies dentaires médicalement nécessaires, énumérées dans la liste des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale assurés. Un dentiste peut pratiquer un petit nombre de ces interventions, mais la majeure partie des interventions ne peuvent être facturées au régime que si elles sont pratiquées par un chirurgien stomatologiste ou un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale.

Les dentistes doivent faire partie de la *Alberta Dental Association* ou doivent avoir le droit de pratiquer la chirurgie dentaire n'importe où à l'extérieur de l'Alberta. Les chirurgiens stomatologistes et les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale doivent être spécialisés dans la chirurgie buccale et maxillo-faciale, être membres de la *Alberta Dental Association* ou avoir le droit de pratiquer la chirurgie buccale et maxillo-faciale n'importe où à l'extérieur de l'Alberta.

En 1999-2000, 1 450 dentistes participaient au régime. Toutefois, au cours de cette période, seulement 250 d'entre eux ont facturé des chirurgies de dentisterie assurées au régime.

Les dispositions concernant la participation au régime des dentistes et leur retrait sont établies dans le paragraphe 5.1(1) de la *Alberta Health Care Insurance Act*. En vertu de cet article, tous les dentistes sont considérés comme participant au régime. Un dentiste peut se retirer du régime en avisant par écrit le ministre de la date d'entrée en vigueur de son retrait, en publiant un avis du retrait proposé dans un journal à grand tirage de la région où le dentiste offre ses services et en affichant un avis du retrait proposé dans un endroit du cabinet auquel les patient ont accès, et ce, au moins 30 jours avant l'entrée en vigueur du retrait.

Un dentiste qui n'a jamais pratiqué en Alberta peut se retirer du régime avant de commencer à exercer en envoyant avisant par écrit le ministre de la date à laquelle il commencera à pratiquer et en publiant un avis dans un journal à grand tirage de la région où ce dernier entend pratiquer.

Un dentiste qui s'est retiré du régime doit afficher un avis dans son cabinet auquel les patients ont accès pour aviser sa clientèle de son statut et veiller à ce que chaque patient en ait été informé personnellement avant que tout service ne lui soit fourni.

Un dentiste qui s'est retiré du régime peut le réintégrer moyennant une demande écrite envoyée au ministre au moins 30 jours avant la date d'entrée en vigueur de la réinsertion.

Au 31 mars 2000, aucun dentiste ne s'est retiré du régime en Alberta.

En vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta les interventions suivantes sont assurées et figurent dans le *Oral and Facial Surgery Benefits Regulation*. [Nota – Les décisions à savoir a) si les interventions sont médicalement nécessaires et b) si elles doivent être pratiquées sont laissées à la discrétion du chirurgien et sont fonction des besoins médicaux du patient] : interview, évaluation ou consultation diagnostique; arthroscopie de l'articulation temporo-maxillaire; injection ou infusion d'autres substances thérapeutiques ou prophylactiques; cranioplastie; chirurgie des nerfs périphériques crâniens; résection sous-muqueuse de la cloison nasale; réduction chirurgicale d'une fracture nasale; antrotomie intranasale; chirurgie plastique du sinus de la face; excision d'une lésion dentale de la mâchoire; autres interventions en orthodontie; chirurgie plastique de la langue; autres interventions de la langue; ablation de la glande ou du canal salivaire; excision d'une lésion de la glande salivaire; autres chirurgies de la

glande ou du canal salivaire; drainage de la face ou du plancher de la bouche; incision du palais : excision d'une lésion ou du tissu du palais; chirurgie plastique de la bouche (interne); palatoplastie; technique diagnostique effractive sur la cavité buccale; autres chirurgie de la bouche et du visage; chirurgie plastique du pharynx; contrôle d'une hémorragie (non précisée); réduction de fractures du visage; incision du massif facial sans division; arthroplastie temporo-mandibulaire; autres chirurgies plastiques du massif facial et ostéoplastie; technique diagnostique effractive du massif facial; autres chirurgies des os et des articulations du visage; séquestrectomie; synovectomie; chirurgie plastique réparatrice des structures des articulations; incision des muscles, des tendons, du fascia et des bourses; relaxation des cicatrices ou de la contracture cutanée; greffe du pédicule ou du lambeau; fournitures buccales ou destinées aux brûlés.

Tout ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés est administré par la *Claims Branch* de la *Finance and Health Plan Administration Division* du ministère de la Santé et du Mieux-être. Les changements apportés à la liste nécessitent une autorisation ministérielle. Tous les changements (ajout ou retrait de services) sont apportés par l'entremise d'une vaste consultation de la *Alberta Dental Association* (ADA) et de la section des chirurgies buccales et maxillo-faciales de l'ADA et sont soutenus par des études d'évaluation de leur l'incidence. Selon les changements apportés, les conseils régionaux de santé peuvent être également consultés.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Selon l'article 21 du *Alberta Health Care Insurance Regulations*, les services suivants ne sont ni des services de santé de base ni des services de santé complémentaires et, par conséquent, ne sont pas assurés.

- services médico-légaux, notamment les examens pratiqués à la demande d'un tiers en rapport avec des poursuites judiciaires; la fourniture de preuves par un praticien dans le cadre de poursuites judiciaires, ou préparation de rapports ou d'autres documents relatifs aux résultats de l'examen d'un praticien, utilisés au cours de poursuites judiciaires ou autrement et à la demande du patient ou d'un tiers;
- consultation par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication et frais d'appel ou autres frais de services de téléphonie ou de télécommunication, à l'exception de ceux inclus dans la liste des services médicaux assurés en vertu du *Medical Benefits Regulation* ou autrement autorisés par le ministre;
- sauf avis contraire du ministre, les services de transport, notamment le transport ou les services par ambulance fournis à un patient jusqu'à l'hôpital ou jusqu'au praticien ou, encore, le transport d'un praticien vers un hôpital ou un patient, que les coûts de ses services soient facturés selon la distance ou la durée du trajet;
- les examens demandés par un tiers, à l'exception de ceux autorisés par le ministre;
- les services auxquels un résident est admissible en vertu d'une loi appliquée dans toute autre province, de la *Hospitals Act*, de toute loi relative à l'indemnisation des travailleurs ou de toute loi fédérale, notamment la *Loi sur l'aéronautique*, la *Loi sur les pensions et allocations de guerre pour les civils*, la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté ou condition* (Canada), la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*, la *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*, la *Loi sur la défense nationale* (abrogée par AR 52/96 s2), la *Loi sur les pensions*, la *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*, la *Loi sur la réadaptation des anciens combattants*;.
- les services non fournis et non supervisés par un praticien;

- les services que le patient n'aurait pas à payer s'il n'y avait pas de services de santé assurés;
- les services qui, après un examen ministériel des résultats, sont désignés comme n'étant pas des services de santé parce qu'ils ne sont pas nécessaires ou parce qu'ils relèvent de la recherche expérimentale ou appliquée;
- les services relatifs aux immunisations de groupe contre une maladie ou les services relatifs à des examens de groupe dispensés par un praticien, sauf ceux pour lesquels le Ministère a donné une autorisation préalable;
- les services fournis par un praticien à ses enfants, à ses frères et soeurs, à ses parents et à son conjoint, sauf si le ministre en décide autrement;
- les services de laboratoire et de radiologie fournis dans un établissement non autorisé par le Ministère; les services rendus hors Canada qui sont offerts au Canada (sauf les services d'urgence), sans autorisation préalable du ministre, sauf indication contraire du ministre, les services fournis hors Canada qui ne sont pas offerts au Canada à moins qu'ils soient approuvés par le comité des services de santé fournis à l'étranger;
- les exceptions énumérées dans la liste des services médicaux assurés en vertu du *Medical Benefits Regulation*, les médicaments, les plâtres, les instruments de chirurgie ou les bandages spéciaux.

Les services suivants ne figurent pas dans la liste des services dentaires assurés.

- services à des fins esthétiques;
- examen et consultation initiaux pour des services non liés à un service assuré;
- radiographies prises par un chirurgien stomatologiste ou un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale ou par un chirurgien dentiste;
- toutes les procédures dentaires de laboratoire pratiquées à l'aide de chirurgies, notamment des couronnes faites en laboratoire, des couronnes préfabriquées et des couronnes faites en deux parties ou autres prothèses;
- traitements dispensés avant ou après des chirurgies orthodontiques;
- anesthésie générale ou injection de tranquillisant intraveineux administré par un chirurgien stomatologiste ou un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale ou par un dentiste;
- tout médicament;
- tout traitement ou intervention pratiqué sur une dent (à l'exception de l'extraction d'une dent sur un trait de fracture);
- les consultations concernant les transferts de soins.

De même, les services payés par le *Workers' Compensation Board*, les demandes des tiers et les produits et services améliorés ne sont pas couverts.

L'article 5 (dispositions concernant les responsabilités du conseil) de la *Regional Health Authorities Act* se détaille comme suit. Sous réserve de cette Loi, un conseil régional de santé doit : i) promouvoir et protéger la santé de la population de la région sanitaire et œuvrer pour la prévention des maladies et des blessures; ii) évaluer continuellement les besoins en matière de santé des régions sanitaires; iii) établir les priorités de la prestation des services de santé dans la région sanitaire et affecter les ressources en conséquence; iv) veiller à ce qu'on ait un accès raisonnable à des services de santé de qualité partout dans la région sanitaire; v) promouvoir des services de santé qui répondent aux besoins des personnes et des collectivités et qui soutiennent l'intégration des services et des établissements de la région sanitaire.

Les conseils régionaux de santé veillent à ce que les décisions relatives à l'accès aux services assurés soient fondées sur les besoins médicaux. En outre, le ministère de la Santé et du Mieux-être a éliminé toutes les mesures qui incitaient les hôpitaux à donner la priorité aux cas du *Workers' Compensation Board* (WCB) en interdisant une facturation plus élevée des frais exigés pour les chirurgies d'un jour payées par l'entremise du WCB.

En vertu du paragraphe 31.1(1) des *Alberta Health Care Insurance (AHCI) Regulations*, personne ne peut demander des frais : a) dont le paiement est essentiel à la prestation d'un service assuré fourni par un médecin ou par un dentiste qui participe au régime; b) qui s'ajoutent au montant versé par le ministre pour assumer les coûts du service assuré.

Les services médicaux assurés et tout changement subséquent (suppression de services ou modification de la liste des services médicaux assurés) font l'objet de discussions entre le ministère de la Santé et du Mieux-être et l'AMA, par l'entremise d'un sous-comité composé de membres du Ministère et de l'AMA. Les changements apportés à la liste exigent une autorisation ministérielle.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Les paragraphes 3(1) et 4(3) de la *Alberta Health Care Insurance (AHCI) Act* de même que les paragraphes 4(1) et 4(2) et les articles 4.1 et 4.2 des *AHCI Regulations* définissent l'admissibilité au régime.

Tous les résidents de l'Alberta sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé selon des modalités uniformes. Le mot « résident » s'entend d'une personne légalement autorisée à être ou à résider au Canada, domiciliée et résidant habituellement en Alberta et de toute autre personne considérée comme telle dans le cadre du Règlement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme ou qui est de passage ou en visite dans la province.

Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture s'ils sont des immigrants reçus, des immigrants reçus de retour au pays ou, encore, des Canadiens de retour au pays. Tous les nouveaux immigrants reçus doivent présenter un exemplaire de leur fiche d'établissement.

Les étrangers qui déménagent de façon permanente en Alberta sont admissibles à une protection à partir de leur date d'arrivée, à condition que tous leurs documents d'entrée au Canada soient conformes et qu'ils s'inscrivent dans les trois mois suivant leur arrivée. Les personnes en provenance d'une autre région du Canada qui déménagent de façon permanente en Alberta sont admissibles à une protection à partir du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, à condition qu'ils s'inscrivent dans les trois mois suivant leur arrivée

Les résidents non admissibles à la protection dans le cadre du régime sont les suivants :

- membres des Forces canadiennes;
- membres gradés de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- détenus des pénitenciers fédéraux; et
- résidents dont la période d'attente prescrite par le Règlement n'est pas terminée.

Les familles de membres des Forces canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada, et les détenus des pénitenciers fédéraux sont admissibles à la couverture.

Les résidents de l'Alberta qui n'appartiennent plus aux Forces canadiennes ou à la GRC et qui sont libérés en Alberta sont admissibles à la couverture le jour suivant leur libération, si une demande est présentée dans les trois mois suivant leur libération. Les résidents de l'Alberta

qui ont terminé leur peine d'incarcération dans un pénitencier fédéral et qui sont libérés sont admissibles à la couverture à partir du jour de leur libération si une demande est présentée dans les trois mois suivant leur libération.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Tous les nouveaux résidents albertains, à l'exception de ceux qui font l'objet d'une exemption particulière, doivent s'inscrire et inscrire le personnes à leur charge admissibles au régime en remplissant une demande dans les trois mois suivant leur arrivée. Si la demande n'est pas reçue dans les délais prescrits, la date d'entrée en vigueur de la protection est déterminée au moment de l'inscription. Suivant l'inscription, le titulaire du compte et les personnes à sa charge, le cas échéant, reçoivent chacun un numéro de santé personnel et une carte qui permettent d'obtenir des services de santé.

Pour les besoins de la facturation, les membres de la famille font partie du même compte. Les familles sont également inscrites ensemble pour s'assurer que les services (p. ex., services de santé complémentaires, couverture individuelle de la Croix Bleue) puissent être dispensés à tous les membres de la famille.

Dans la plupart des cas, la définition des personnes à charge inclut le maire ou l'épouse et les enfants de moins de 21 ans qui sont célibataires et totalement à la charge de leurs parents. S'entend également des personnes à charge :

- les enfants adoptés, les enfants n'ayant pas de liens de parenté ou légaux et les pupilles pour lesquels le résident a droit à une déduction fiscale;
- les enfants célibataires de plus de 21 ans qui sont entièrement à la charge de leurs parents en raison d'un handicap physique ou mental;
- les enfants célibataires de moins de 25 ans qui étudient à plein temps dans un établissement d'enseignement reconnu; des conjoints séparés ou des conjoints de fait (qui peuvent choisir de payer leurs primes séparément).

Au 31 mars 2000, le nombre de résidents inscrits au régime on estimait à 2 951 055 personnes (1 399 628 comptes).

Les résidents qui décident de ne pas participer au régime peuvent s'en retirer à chaque début de période de prestation. Une période de prestation commence le 1er juillet d'une année et se termine le 30 juin de l'année suivante. Une déclaration de retrait doit être remplie avant le 30 juin de chaque année. Par ailleurs, les primes doivent être entièrement payée au 30 juin de l'année en cours. Les nouveaux titulaires de compte peuvent se retirer au moment de l'inscription ou de la réintégration. La période de retrait commence le jour où la protection serait entrée en vigueur. Pour ne pas participer au régime, les résidents doivent remplir une déclaration de retrait au plus tard le 20 juin de chaque année.

Au 31 mars 2000, on estimait que 246 personnes s'étaient retirées du régime (112 comptes).

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Les résidents temporaires arrivant de l'étranger qui peuvent être considérés comme des résidents comprennent les personnes dont le nom figure sur les fiches des visiteurs et celles qui détiennent un permis de séjour pour étudiant, un permis de travail ou un permis ministériel.

Dans chacun de ces cas, des exemplaires des documents d'entrée au Canada doivent faire l'objet d'un examen avant que la personne ne puisse participer au régime. En règle générale, une personne doit avoir reçu l'autorisation de

séjourner au Canada pendant au moins 12 mois consécutifs et qu'elle ait l'intention de demeurer tout ce temps en Alberta pour être admissible.

Les demandeurs du statut de réfugié arrivés au Canada avant le 1er janvier 1989 qui prévoient résider en Alberta pendant 12 mois peuvent également participer au régime. Les demandeurs du statut de réfugié arrivés au Canada après le 1er janvier 1989 ne sont pas admissibles tant qu'ils n'ont pas obtenu le statut de réfugié au sens de la Convention.

Les chiffres suivants datent du 7 juin 2000.

Permis ministériels	137
Permis de séjour pour étudiant	4 128
Fiches du visiteur	2 589
Permis de travail	4 483

3.4 Primes

Tous les habitants de l'Alberta (à l'exception des personnes à charge et de celles qui n'ont pas le droit de s'inscrire) doivent payer des primes. Les primes mensuelles s'élèvent actuellement à 34 dollars par personne et à 68 dollars par famille (deux personnes ou plus).

Deux programmes offrent une aide aux Albertains à faible revenu (autres que des aînés) à payer leurs primes : le programme de subvention et le programme d'exonération totale des primes. Les aînés doivent payer les mêmes primes que les autres habitants. L'admissibilité des aînés à l'aide au paiement des primes est déterminée par l'entremise du programme de services assurés pour les aînés de l'Alberta.

Bien que le système en vigueur en Alberta prévoie le versement de primes, aucun habitant de la province ne se voit refuser les services en raison de son incapacité à payer ces primes.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes en provenance d'une autre région du Canada qui s'installent en Alberta de façon permanente peuvent participer au régime à partir du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, pourvu qu'ils s'inscrivent au cours de ces trois premiers mois.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Le paragraphe 5(3) de l'*AHCI Act* et le paragraphe 1(2) du *AHCI Regulations* définissent la transférabilité de l'assurance-santé durant les absences temporaires au Canada.

Les résidents temporairement absents de l'Alberta en raison de vacances, d'une visite, d'un voyage d'affaires ou d'un emploi peuvent continuer à participer au régime pour une période maximale de 12 mois consécutifs suivant leur date de départ. Pour les étudiants inscrits à plein temps dans un établissement d'enseignement reconnu, la couverture est maintenue pendant la durée de leurs études. Le statut d'étudiant doit être vérifié chaque année. Les résidents absents en raison d'un congé d'études pour suivre une formation spécialisée s'inscrivant dans le cadre de leur emploi ou d'un congé sabbatique peuvent continuer à participer au régime pour une période maximale de 24 mois consécutifs suivant leur date de départ. La personne doit présenter une lettre de l'employeur confirmant la tenue de la formation et la durée de l'absence pour continuer à participer au régime après les 12 premiers mois d'absence. Les résidents absents qui travaillent en tant que missionnaires pour un organisme religieux enregistré et autorisé peuvent continuer à participer au régime pour une période maximale de 48 mois consécutifs

suivant leur date de départ. La personne doit présenter une lettre de l'organisme religieux confirmant sa destination et la durée de l'absence pour continuer à participer au régime après les 12 premiers mois d'absence.

L'Alberta participe à des accords de facturation réciproque des hôpitaux conclus avec les provinces et les territoires, qui permettent le traitement des coûts des services hospitaliers fournis à des Albertains et à des personnes de l'extérieur par la province ou territoire d'accueil. Les réclamations sont payées d'après le taux standard pour la prestation de services aux malades hospitalisés en salle commune approuvé par chaque province ou territoire et d'après les taux pour la prestation de services aux malades externes approuvés par le Comité de coordination sur la facturation réciproque. Les données sur les réclamations sont échangées une fois par mois avec chaque province ou territoire.

L'Alberta participe à des accords de facturation réciproque des soins médicaux conclus avec les provinces et les territoires (sauf le Québec). Ces accords permettent le traitement des coûts des services médicaux fournis à des Albertains et à des personnes de l'extérieur par la province d'accueil. Les réclamations sont payées d'après les taux et les règlements du barème des honoraires du médecin de la province ou du territoire d'accueil pour les services médicaux assurés. Les données sur les réclamations sont échangées une fois par mois avec chaque province ou territoire.

Dans le cas de certains services exclus du processus de facturation réciproque, comme les avortements, le médecin doit faire parvenir sa facture directement à la province ou au territoire d'origine du patient, qui l'étudiera pour les besoins du paiement.

Le conseil de santé de la région de la capitale a également conclu un accord avec les Territoires du Nord-Ouest qui permet aux malades de ce territoire de recevoir des traitements dans les hôpitaux de la région, lesquels seront payés à un taux convenu pour les services rendus aux malades hospitalisés. Le processus de facturation pour ces réclamations ressemble à celui prévu dans le cadre de l'accord de facturation réciproque des hôpitaux conclu entre les provinces et les territoires concernant les services fournis aux malades hospitalisés. Les services exclus de la facturation réciproque le sont également de cet accord bilatéral conclu avec les Territoires du Nord-Ouest.

Le paiement des services hospitaliers et médicaux assurés dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire d'accueil, à moins que le ministre n'ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts.

Le paiement des services médicaux dispensés ailleurs au Canada aux Albertains admissibles est effectué aux taux de la province ou du territoire d'accueil, le Québec y compris.

Il faut obtenir une autorisation préalable pour les soins fournis dans le cadre du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des troubles alimentaires et d'autres troubles de comportement liés à une dépendance, que ces soins soient fournis à l'extérieur de la province ou à l'extérieur du pays.

En 1999-2000, le montant total versé pour des services hospitaliers d'urgence fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes au Canada s'élevait à 20 553 432 dollars.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Le paragraphe 5(3) de la *AHCI Act* et le paragraphe (2) du *AHCI Regulations* définissent la transférabilité de l'assurance-santé durant les absences temporaires à l'extérieur du Canada (voir les détails à la section précédente).

Qu'ils demeurent au Canada ou qu'ils voyagent à l'étranger, les résidents absents temporairement ont le droit de participer au régime durant les mêmes périodes (voir les détails à la section précédente).

Les prestations d'hospitalisation ne sont payables que si les services sont fournis par des hôpitaux généraux de soins actifs qui dispensent des services courants, comme l'unité des soins intensifs ou la salle d'urgence, ou des hôpitaux auxiliaires qui dispensent des soins actifs courants à des malades chroniques ou à des malades nécessitant des soins de longue durée. Si les services ne sont pas assurés dans la province, ils ne le sont pas non plus quand ils sont fournis à l'étranger. Le maximum payable pour les services dispensés aux patients hospitalisés à l'étranger est de 100 dollars canadiens par jour (à l'exclusion du jour où le congé est accordé). Le coût maximum par visite pour les patients externes est de 50 dollars canadiens. Certains services spécialisés de consultation externe, notamment les examens TDM, sont payés selon un barème plus élevé.

Les prestations pour les services médicaux fournis à l'étranger sont payables selon les taux facturés ou les taux en vigueur en Alberta, suivant celle de ces deux sommes qui est la moindre.

Le remboursement complet des traitements à l'extérieur du pays peut être possible dans le cadre des deux programmes suivants : le programme de services de santé fournis à l'étranger, qui peut s'appliquer aux services qui ne sont pas offerts au Canada; le programme d'aide financière d'urgence, qui peut s'appliquer aux frais pour les traitements imprévus.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il faut obtenir une autorisation préalable pour les services facultatifs fournis à l'extérieur de l'Alberta dans le cadre du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, des troubles alimentaires et d'autres troubles de comportement liés à une dépendance, que ces soins soient fournis à l'extérieur de la province ou à l'extérieur du pays.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'accès des résidents de la province aux services de santé assurés est régi par des conditions uniformes, sans restrictions.

Aucun habitant de la province ne se voit refuser les services de santé assurés en raison de son incapacité à payer les primes, et les inscriptions ne sont pas annulées en raison du non-paiement des comptes. De même, deux programmes offrent une aide aux Albertains à faible revenu à payer leurs primes : le programme de subvention et le programme d'exonération totale des primes.

Depuis 1986, la « surfacturation » par les médecins et les « frais modérateurs » exigés aux patients pour les services assurés sont interdits.

La politique albertaine permet aux praticiens de présenter des réclamations pour des services fournis à des patients qui n'étaient pas en mesure de donner un numéro de santé de l'Alberta au moment où ils recevaient le service. Le patient ne peut se prévaloir qu'une seule fois de cette disposition et le praticien doit d'abord s'assurer que le malade réside en Alberta.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Depuis 1994, la prestation de services hospitaliers relève des conseils régionaux de santé.

En mars 1999, le gouvernement a annoncé l'adoption d'un plan triennal prévoyant un financement accru du système de santé provincial.

En vertu de ce plan, le système de santé albertain a reçu un montant supplémentaire de 386 millions de dollars (8,7 p. 100) – plus une hausse totale du financement de 935 millions de dollars (21 p. 100) pour les trois prochaines années. Cette mesure de relance s'établit à presque un milliard de dollars pour trois ans (de 1999-2000 à 2001-2002).

Ce financement accru a permis aux conseils régionaux de santé d'embaucher 1 000 nouveaux employés de première ligne. Il a également servi à réduire les longs temps d'attente pour certaines interventions en permettant d'accroître de façon importante le nombre de chirurgies essentielles et nécessaires à la survie, notamment les chirurgies cardio-vasculaires, les angioplasties, les craniotomies et les transplantations d'organes importantes, ainsi que d'accroître le nombre de poses de prothèses de la hanche et du genou. Les nouveaux fonds ont également permis d'augmenter le nombre de services de lutte contre le cancer et de santé mentale; et d'accroître l'accès aux soins de longue durée; d'augmenter le soutien à l'élaboration d'un système provincial fondé sur la technologie de l'information.

Les conseils régionaux de santé ont vu leur financement s'accroître de 261 millions de dollars en 1999-2000. Cette somme représente une hausse minimale de 3 p. 100 pour chaque conseil régional de santé, correspond à la croissance démographique projetée pour l'année à venir et fournit un fonds pour l'innovation en santé de 10 millions de dollars pour stimuler l'innovation et l'apport d'améliorations dans la gestion et la prestation des services de santé de même qu'une somme supplémentaire de 24 millions de dollars (11 p. 100) allouée aux services de lutte contre le cancer et de santé mentale (y compris 5 millions de dollars pour mieux intégrer les services de santé mentale communautaires dans la province).

Les autres faits saillants liés au financement sont les suivants :

- programme de médicaments pour les soins palliatifs, représentant 3 millions de dollars, qui offre une protection pour laquelle aucune prime n'est exigible, sans liste d'attente et qui est accessible à tout Albertain qui a besoin de soins palliatifs et est admissible aux prestations de du régime d'assurance-santé de l'Alberta; et
- un financement supplémentaire de 24 millions de dollars (10,8 p. 100) alloué au programme de services assurés de la Croix bleue, pour réagir à la hausse des coûts des nouveaux médicaments et de l'utilisation des médicaments.

L'utilisation de l'IRM a également pris de l'ampleur dans la province en 1999-2000 :

- la région sanitaire de Chinook a lancé un nouveau service d'IRM au *Lethbridge Regional Hospital* en juillet 1999;
- une nouvelle unité d'IRM de pointe a ouvert ses portes en 1999 au *Royal Alexandra Hospital* d'Edmonton;
- une unité d'IRM a été remplacée par une nouvelle installation à l'*University of Alberta Hospital*.

En juillet 1999, le nombre d'unités offrant des services d'IRM dans la province avait connu une hausse de plus de 70 p. 100 depuis 1995-1996.

Le 18 novembre 1999, 265,8 millions de dollars ont été alloués à l'ajout de nouveaux lits de soins de longue durée et à la réparation ou à la rénovation des établissements de santé de la province.

Le 19 novembre 1999, une allocation unique de 216 millions de dollars a été accordée à tous les conseils de santé de la province. Les conseils de santé qui affichaient des créances ont d'abord dû utiliser ces fonds pour éliminer leurs dettes. Après quoi ils ont pu utiliser les fonds pour acquérir de l'équipement et assumer le coûts des dépenses uniques engagées dans le cadre de projets novateurs qui favorisent l'utilisation efficace des ressources; ils pouvaient aussi réserver ces fonds pour une utilisation future.

Le 29 février 2000, un financement de 10 millions de dollars a été accordé à 16 des 17 conseils régionaux de santé, au *Alberta Cancer Board* et au *Alberta Mental Health Board* pour répondre aux besoins prioritaires en matière d'équipement médical.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 1999-2000, les nouvelles initiatives de financement des services médicaux incluaient les suivantes.

- une hausse de 49,9 millions de dollars (5,8 p. 100) des fonds alloués aux services médicaux - notamment à l'éducation;
- une hausse de 3,2 millions de dollars (32 p. 100) à l'initiative relative aux médecins des régions rurales afin d'accroître les efforts consentis pour embaucher et maintenir en poste les médecins dans les régions rurales de l'Alberta;
- une hausse de 1,9 million de dollars pour les deux prochaines années aux fonds alloués à l'enseignement supérieur en médecine – le nombre total de postes financés par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta en enseignement supérieur en médecine passera de 716 à 756 par année. Parmi ces postes figureront des postes de débutant, des stages de réintégration pour les médecins en exercice et de nouveaux postes dans des sous-spécialités, comme la médecine gériatrique et l'oncoradiologie;
- huit postes de débutant seront réservés aux diplômés en médecine de l'étranger qui résident en Alberta;
- un montant supplémentaire de 15 millions de dollars sera alloué au budget des services médicaux pour l'exercice 1999-2000 et l'exercice suivant pour aider à couvrir les salaires d'environ 170 nouveaux médecins équivalents temps plein arrivés en Alberta au cours du présent exercice, en plus du nombre de nouveaux médecins projeté pour l'année à venir. Ce financement s'ajoute aux 948 millions de dollars déjà approuvés dans le cadre du budget des services médicaux de l'exercice 1999-2000.

5.4 Rémunération des médecins

En 1998, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et la *Alberta Medical Association* ont conclu une entente directrice régissant la prestation des services médicaux aux Albertains pour la période allant de 1998-1999 à 2003-2004. Cette entente a remplacé toutes les autres ententes alors en vigueur. Dans le cadre de cette entente, qui prévoit les modalités financières pour les exercices 1998-1999, 1999-2000 et 2001-2002, le ministère de la Santé et du Mieux-être impose un plafond négocié à la *Alberta Medical Association* pour la rémunération à l'acte des médecins et pour certains régimes d'avantages sociaux offerts à ces derniers. L'entente a été ratifiée à la majorité des voix par les membres de la *Alberta Medical Association*.

La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte lorsqu'ils fournissent des services assurés. La seule exception à cette règle réside dans les autres modes de paiements en place

en Alberta. Pour ces cas, le ministre a conclu des accords avec les régions, les établissements et les praticiens qui dispensent des services assurés aux résidents d'une certaine région ou pour satisfaire à un besoin particulier, conformément à l'un des quatre modèles de financement décrits ci-après. Le financement de ces autres modes de paiements est prévu dans le budget des services médicaux et ne fait pas l'objet de l'annexe du présent rapport.

- CAPITATION : habituellement utilisée pour les soins primaires dispensés par un médecin, repose sur un montant prédéterminé par personne et par période (habituellement d'un an). On établit le taux de capitation en tenant compte d'un certain nombre de facteurs, notamment l'âge, le sexe et la gamme préétablie, ou groupe de services couverts.
- RÉMUNÉRATION PAR SÉANCE : repose principalement sur le temps que le médecin passe à dispenser des services médicaux à un groupe défini (p. ex., par jour, par semaine ou par mois). Les mécanismes de financement par séance doivent s'inscrire dans le cadre d'un programme exécuté par les conseils régionaux de santé et doivent prévoir et respecter un certain modèle établi de prestation de services.
- FINANCEMENT GLOBAL : d'après le nombre total de médecins dans une région donnée qui acceptent de dispenser tous leurs services médicaux durant une certaine période à des endroits particuliers.
- RÉMUNÉRATION CONTRACTUELLE : permet aux médecins d'être rémunérés pour la prestation d'une catégorie donnée et d'un volume prédéterminé de services, pendant une certaine période.

5.5 Paiements aux hôpitaux

L'article 2 de la *Regional Health Authorities (RHA) Act* expose les exigences relatives à l'établissement et à la gestion publique des régions sanitaires de l'Alberta.

Aux termes de l'article 8 de la *RHA Act*, le conseil doit présenter au ministre un projet de régime de soins médicaux pour la région. Ce projet doit indiquer la façon dont le conseil propose d'assumer ses responsabilités et de mesurer son rendement à cet égard de même que contenir de l'information concernant les services de santé à dispenser et le coût anticipé de leur prestation.

Conformément à ces accords, les régions sont financées par le régime d'assurance-santé de l'Alberta à l'aide d'une formule de financement fondée sur la population et de méthodes d'uniformisation des coûts des services fournis par les conseils régionaux de santé.
En 1998-1999, un financement global de 2,9 milliards de dollars a été accordé aux conseils de santé, lesquels sont responsables de la répartition des ressources à chaque service qu'ils dispensent aux Albertains. Ces services comprennent les services hospitaliers.

Les conseils régionaux de santé sont responsables de rendre compte et relèvent du ministre de la Santé et du Mieux-être. Le ministre a le pouvoir de demander aux régions, les dossiers, les rapports, les relevés financiers ainsi qu'un rapport annuel de ces activités. les rapports annuels sont par la suite présentés 1a l'assemblée législative par le ministre et sont compris dans le rapport annuel du ministère de la santé de l'Alberta.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Les fonds reçus en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux par l'Alberta sont inscrits dans l'état des résultats du plan d'activités triennal de la province et apparaissent également dans une liste des revenus des états financiers du Ministère. Ils figurent aussi dans le rapport annuel et le complément statistique du Ministère, également publiés chaque année.

7.0 Services complémentaires de santé

Les centres de soins prolongés de l'Alberta offrent l'hébergement et la pension, ainsi que toute une gamme de services de soins, depuis les soins personnels avec supervision infirmière jusqu'aux services médicaux et thérapeutiques spécialisés. Dans la plupart des cas, les hôpitaux auxiliaires et les maisons de repos sont appelés « centres de soins prolongés » et s'adressent aux résidents ayant des besoins apparentés. Le financement des centres de soins prolongés relève maintenant de la compétence des 17 conseils régionaux de santé. Les conseils exploitent eux-mêmes les centres de soins prolongés ou confient la prestation des services à des entrepreneurs ou à des organismes bénévoles.

Le programme de soins à domicile, offert lui aussi par l'entremise des conseils régionaux de santé, fournit toute une gamme de services de santé et de soutien professionnels en vue du maintien ou du retour à domicile des personnes de tous âges. Dans le cadre de ce programme, tous les conseils régionaux de santé offrent des services d'évaluation et de coordination des cas, ainsi que des services infirmiers et des services de soutien, comme les soins personnels et l'aide à domicile. D'autres services peuvent parfois être fournis : ergothérapie, physiothérapie, oxygénothérapie, orthophonie, services sociaux et services nutritionnels.

L'admission au système de soins prolongés, qui comprend les soins à domicile, les centres de soins prolongés et de soins communautaires et les programmes de jour pour adultes, est fondée sur une évaluation fonctionnelle des besoins de la personne, effectuée à l'aide du *Alberta Assessment and Placement Instrument* (AAPI). La province a adopté le principe du guichet unique pour les personnes qui cherchent des soins prolongés en établissement ou dans la communauté. Cette démarche a pour but de faire en sorte que toutes les options communautaires possibles soient examinées avant de recourir aux soins en établissement. Le personnel des soins à domicile procède à une évaluation, détermine les besoins en collaboration avec le client et sa famille et recommande les services de santé et de soutien les plus appropriés.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta administre également le programme d'aide à la vie quotidienne de l'Alberta, qui a pour but de favoriser l'autonomie des patients vivant chez eux qui sont atteints d'une maladie chronique, d'une maladie en phase terminale ou d'une invalidité, en leur fournissant du matériel ou des appareils médicaux approuvés par le programme. Des praticiens exerçant dans les secteurs des soins communautaires, des soins prolongés ou des soins actifs évaluent l'admissibilité des clients.

Les services de santé mentale sont fournis par la *Provincial Mental Health Advisory Board* (PMHAB), par l'intermédiaire des cliniques communautaires, de deux hôpitaux psychiatriques, de deux centres de soins, de 67 cliniques communautaires de santé mentale et d'organismes communautaires à but non

lucratif. Les cliniques offrent des services d'évaluation et de traitement aux patients et aux membres de leur famille et des services de consultation aux médecins, aux établissements de santé, aux unités de santé, aux écoles et aux organismes communautaires. Les deux hôpitaux psychiatriques offrent des services d'évaluation, de traitement et de réadaptation aux adultes, délinquants compris, atteints d'une maladie mentale ou souffrant d'une lésion cérébrale. Les deux centres de soins en établissement fournissent des programmes de réadaptation à long terme aux personnes souffrant d'une maladie mentale grave. La PMHAB assure aussi la direction de quatre programmes provinciaux de santé mentale : psychiatrie médicolégale, psychiatrie gériatrique, soins tertiaires pour adultes et traumatismes crâniens.

Les conseils régionaux de santé fournissent également des services psychiatriques spécialisés par l'entremise de 17 hôpitaux de la province. Enfin, les médecins de famille, les programmes de soins à domicile et les centres de soins prolongés fournissent aussi des services aux personnes atteintes d'une maladie mentale.

En 1999-2000, le Ministère a versé 96,5 millions de dollars au *Alberta Cancer Board* (ACB) pour l'aider à financer son fonctionnement et ses différents programmes de recherche. De même, un montant supplémentaire de 2,5 millions de dollars lui a été accordé pour financer la recherche scientifique et novatrice.

Colombie-Britannique

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance santé et autorité publique

Le 1er janvier 1949, le gouvernement provincial de la Colombie-Britannique promulguait la *Hospital Insurance Act*, laquelle détermine le paiement des traitements fournis aux résidents admissibles. Les services hospitaliers sont financés, sans but lucratif, par la *Regional Programs Division* du ministère de la Santé et par le *Ministry Responsible for Seniors*. Le régime est responsable devant le gouvernement provincial en ce qui a trait au financement public continu des services hospitaliers publics de la province dispensés par l'entremise des accords de financement et de transfert conclus avec les instances régionales responsables des services de santé, conformément à la *Hospital Act*, à la *Hospital Insurance Act* et à la *Hospital District Act*. Ces dernières régissent le contrôle des dépenses et des engagements pour le fonctionnement des hôpitaux (fusionnés ou non) et des sociétés d'établissements désignés, le financement pour la construction d'hôpitaux et l'équipement et le remboursement des coûts hospitaliers fournis hors province aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique.

Le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique, le *Medical Service Plan* (MSP), est géré sans but lucratif par la *Medical Services Commission*, organisme relevant du ministre de la Santé qui favorise, conformément à la *Medicare Protection Act* (1996), un accès raisonnable aux services assurés fournis aux prestataires (résidents) admissibles dans le cadre du régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique. Le personnel du ministère de la Santé responsable du régime de soins médicaux veille à sa gestion quotidienne.

La Commission dispose de l'autorité pour déterminer les services offerts, inscrire les prestataires, embaucher les médecins, traiter et payer les réclamations des médecins pour les services fournis, inscrire les centres de diagnostic, négocier des accords avec les médecins et leurs associations, mettre sur pied des comités consultatifs, autoriser des recherches et des enquêtes relatives à la prestation de services, vérifier ou enquêter sur la facturation et les modèles de pratique des médecins par rapport aux réclamations présentées et entendre les demandes d'appel formulées par les médecins et les prestataires.

1.2 Liens hiérarchiques

Les instances régionales responsables des services de santé doivent présenter des rapports sur les données sur la santé afférentes aux hôpitaux de leurs territoires à l'intention du ministère de la Santé, conformément à la politique provinciale. Les hôpitaux non fusionnés doivent faire de même, en plus de les présenter à l'instance régionale responsable des services de santé, conformément à la demande formulée par cette instance. La *Regional Programs Division* en fait rapport au gouvernement par l'entremise du rapport annuel au ministère de la Santé.

La *Medical Services Commission* présente un rapport annuel contenant un état financier distinct à l'intention du ministre. Cet état financier fait partie du rapport annuel du ministère de la Santé. Le rapport annuel de 1998-1999 a été présenté au lieutenant-gouverneur de la Colombie-Britannique le 16 mai 2000.

1.3 Vérification des comptes

La *Regional Programs Division* et la *Medical Services Commission* peuvent voir leurs comptes et leurs opérations financières vérifiés de trois façons. À l'interne, la *Financial Policy and Monitoring Branch* du ministère de la Santé examine les activités ministérielles.

La *Internal Audit Branch* du Bureau du contrôleur général est le vérificateur interne du gouvernement provincial, et le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique est chargé de mener des vérifications et d'en présenter les résultats à l'assemblée législative.

Le Bureau du vérificateur général amorce ses propres vérifications et détermine leur portée. Le Comité des comptes publics de l'assemblée législative examine les recommandations formulées par le vérificateur général et détermine quand le Ministère se conforme aux constatations. Le contrôleur général détermine la portée des vérifications internes et le moment où elles ont lieu, en collaboration avec le comité de vérification du ministère de la Santé. L'agent financier supérieur du Ministère détermine la portée et le moment où les examens seront menés par la *Financial Policy and Monitoring Branch*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Act* régit les services hospitaliers assurés fournis par les établissements. En 1999-2000, la Loi touchait 94 hôpitaux de soins actifs, 3 hôpitaux de réadaptation, 17 hôpitaux de soins prolongés autonomes et 25 centres de diagnostic et de traitement et autres centres de santé.

Les services assurés aux patients hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie, les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service de diagnostic approuvés par le Ministre; les médicaments, les produits biologiques et les fournitures médicales approuvés en clinique lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général précisé dans la *Hospital Insurance Act*; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement; le matériel et les fournitures d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie et d'ergothérapie là où elles existent; d'autres services approuvés par le Ministre et dispensés par des personnes rémunérées à cette fin par l'hôpital. Les personnes admissibles qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour des blessures ou des maladies et des services de salles d'opération ou d'urgence pour des interventions mineures et les soins chirurgicaux de jour, y compris l'application et l'enlèvement des plâtres.

Les services de consultation externe comprennent : les traitements d'hémodialyse dans des hôpitaux désignés ou dans d'autres établissements approuvés; les soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés; les conseils en diététique pour patients externes dans des hôpitaux qui emploient des diététiciens compétents; des services psychiatriques et les soins de jour pour patients externes; les soins de jour de physiothérapie et de réadaptation pour les patients externes; les traitements du cancer et les services de cytologie; les consultations externes pour le traitement du psoriasis; les services d'avortement et d'IRM.

Les services hospitaliers assurés sont fournis sans frais. Les frais supplémentaires pour les fournitures médicales ou de chirurgie préférées sont fondés sur une demande du malade. Le malade n'a pas à assumer les frais

supplémentaires si le service recommandé est évalué comme nécessaire sur le plan médical par son médecin traitant.

Les services d'ambulance sont fournis dans la province par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, par l'entremise de la *Emergency Health Services Commission*. Le patient paie une somme nominale.

En 1999-2000, aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés couverts en vertu de la *Hospital Insurance Act*.

2.2 Services de médicaux assurés

Les services médicaux assurés sont fournis en vertu de la *Medicare Protection Act* (1996). Le régime de soins médicaux offre tous les services nécessaires sur le plan médical. La vaste gamme des services assurés comprend les consultations, les examens complets, les consultations à domicile, les chirurgies mineures ou importantes, les services d'obstétrique, l'assistance en matière de chirurgie, l'anesthésie, les interventions thérapeutiques ou de diagnostic, les services spéciaux ou divers, d'autres procédures administratives et d'autres procédures d'hôpital fournies par le médecin.

En plus des services de santé de base assurés, la province offre également des services de mammographie à des fins de dépistage; des prothèses auditives à prix concurrentiels; la chirurgie buccale et des traitements d'orthodontie pour les patients âgés de 20 ans ou moins qui ont une fissure labiale ou une fente palatine ou qui présentent des malformations congénitales graves du visage; et, avec certaines restrictions, les services de chiropraticiens, de naturopathes, d'optométristes, de physiothérapeutes, de massothérapeutes et de podologues.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au *College of Physicians and Surgeons of British Columbia* et en être des membres en règle. Pour recevoir un paiement pour des services assurés, ils doivent être inscrits au régime de soins médicaux. En mars 2000, 7 545 médecins y étaient inscrits et étaient rémunérés à l'acte pour l'exercice 1999-2000. En outre, certains médecins n'étaient que salariés ou recevaient une rémunération à la vacation. La plupart des médecins rémunérés par l'entremise de mécanismes de rechange recevaient également une rémunération à l'acte.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire à la *Medical Services Commission* ou, encore, de s'en retirer. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la Commission. Les services fournis par les médecins non inscrits ne sont pas des services assurés et les patients doivent en assumer les coûts. Au 31 mars 2000, un seul médecin inscrit s'était retiré de la Commission.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, moyennant un avis écrit à la *Medical Services Commission*. De 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, la Commission communiquera la date de mise en vigueur de cette méthode de rémunération. Dans ce cas, les patients peuvent présenter une demande au *Medical Services Plan* pour obtenir le remboursement des frais des services assurés fournis. Au 31 mars 2000, seulement huit médecins ne participaient pas à ce type de rémunération.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de soins médicaux offre des services déterminés de chirurgie buccale et dentaire lorsqu'il est nécessaire sur le plan médical ou de la dentisterie qu'ils soient fournis dans un hôpital par un dentiste ou un chirurgien stomatologiste. Tout dentiste ou chirurgien stomatologiste inscrit au *College of Dental*

Surgeons et y étant un membre en règle et inscrits au MSP, qui offre un ou plusieurs des services limités de chirurgie dentale assurés dans un hôpital peut offrir ce service. En 1999-2000, il y avait 160 dentistes et 3 chirurgiens stomatologistes inscrits au régime et aucun d'eux n'a décidé de se retirer du MSP.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Pour les patients externes, les médicaments emportés à domicile et certains médicaments fournis à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme Pharmacare (programme de services pharmaceutiques). D'autres services sont exclus en vertu de la *Hospital Insurance Act* : les services diagnostiques de consultation externe non associés aux services d'urgence; les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par la *Workers' Compensation Board*, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme; les services à des fins purement esthétiques et le rétablissement de la fécondité. Les services hospitaliers non assurés comprennent également des installations préférées, demandées par le patient : télévision, téléphone et services infirmiers privés; des fournitures médicales ou de chirurgie préférées; des soins dentaires pouvant être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de prothèse et d'orthodontie et les services préférés fournis aux malades dispensés dans des unités et hôpitaux de soins prolongés.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services assurés en vertu de la *Worker's Compensation Act* ou d'une autre loi provinciale ou fédérale; la fourniture de prothèses non implantées; les orthèses; les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés; toute demande d'examen ou de certificat médical faite par un tiers; la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste; l'acuponcture; les vaccinations de groupe; les consultations téléphoniques; le rétablissement de la fécondité; la fécondité *in vitro*; les services médico-légaux; les services dispensés à des fins esthétiques; les services de conseils en médecine préventive comme, par exemple, les programmes contre le tabagisme.

Pour obtenir des services hospitaliers ou médicaux, ces derniers doivent être considérés comme essentiels sur le plan médical par le médecin traitant et par l'hôpital. Le statut du patient en tant que client d'un tiers payeur ne doit pas aller à l'encontre de cette définition. Ainsi, les tiers payeurs ne reçoivent pas un accès prioritaire aux services assurés par rapport aux personnes assurées.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou la délivrance d'une police d'assurance-santé par un assureur privé à des prestataires pour des services qui seraient considérés comme des services assurés s'ils étaient fournis par un médecin. L'article 17 de la *Medicare Protection Act* empêche d'exiger le paiement de fournitures, de consultations, de l'utilisation d'un bureau, d'une clinique ou de tout autre endroit ou pour toute affaire relative à la prestation d'un service. Le ministère de la Santé répond aux plaintes formulées par les patients et est en mesure de prendre les mesures appropriées pour corriger les situations signalées au Ministère.

La *Medical Services Commission* détermine les services assurés en vertu du régime de soins médicaux et détient l'autorité de supprimer de la liste certains services assurés. Des propositions de suppression peuvent être formulées auprès de la Commission. Des consultations peuvent être tenues par l'entremise d'un sous-comité de la Commission et comprennent habituellement un examen du comité des tarifs de la *British Columbia Medical Association*. En 1999-2000, la Commission a supprimé le remboursement aux patients ou tiers payeurs, des demandes de contre-expertise en vertu de la *Mental Health Act*.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Les articles 2, 3, 4, 6 et 7 de la *Hospital Insurance Act* et les articles 1, 3, 4 et 9.3 des *Règlements* définissent les modalités et les exigences en matière d'admissibilité aux services hospitaliers assurés. La politique provinciale sur l'admissibilité aux services hospitaliers est définie dans le chapitre 2 du *Acute Care Policy Manual* du Ministre.

L'admissibilité et l'inscription des prestataires de services médicaux assurés sont définies dans la *Medicare Protection Act*. La deuxième partie des règlements d'application de la Loi (*Medical and Health Care Services Regulations*) expose les détails en matière de résidence. Une personne doit être résidente de la Colombie-Britannique pour pouvoir recevoir des services de soins de santé provinciaux assurés. En vertu de la *Medicare Protection Act*, un résident est une personne qui est citoyenne canadienne ou qui est légalement autorisée à être au Canada en tant que résidente permanente, qui élit domicile en Colombie-Britannique et qui y demeure au moins six mois par année civile. La définition d'un résident comprend la personne qui est considérée comme telle par les règlements, mais ne comprend par les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Tous les résidents, à l'exception des membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance pour les soins médicaux.

Les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces canadiennes ainsi que les détenus fédéraux libérés sont protégés dès le premier jour de leur libération. Toutefois, s'ils se trouvent alors en dehors de la Colombie-Britannique, une période d'attente correspondant à deux mois suivants le mois pendant lequel ils ont élu domicile en Colombie-Britannique s'applique.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Depuis le 1er avril 1998, les habitants doivent être inscrits au régime de soins médicaux afin de bénéficier des services médicaux et hospitaliers assurés. Les personnes admissibles doivent s'y inscrire. Une fois l'inscription faite, il n'y a pas de date limite. On recommande aux nouveaux résidents de s'inscrire immédiatement après leur arrivée dans la province. Chaque personne qui s'inscrit au régime de soins médicaux reçoit une carte santé. Habituellement, il est possible de renouveler une inscription annulée par téléphone auprès du personnel responsable du régime de soins médicaux.

Les personnes à charge des prestataires peuvent être protégées, à condition que ces dernières résident dans la province. Les personnes à charge comprennent la conjointe ou le conjoint du titulaire (soit par mariage ou vivant une relation assimilable au mariage), tout enfant ou enfant en tutelle célibataire de moins de 19 ans à la charge du prestataire ou une personne de moins de 25 ans qui étudie à temps plein dans une école ou une université. Au 31 mars 2000, 3,8 millions de personnes étaient inscrites au régime de soins médicaux. L'inscription au régime de soins médicaux est obligatoire. Seuls les adultes qui ne participent à aucun programme provincial sont exemptés. Au 31 mars 2000, 96 personnes avaient choisi de ne pas y participer.

3.3 Autres catégories de personnes assurés

Les personnes qui ont reçu le statut de réfugié et qui ont, ainsi, le droit de résider au Canada de façon permanente peuvent s'inscrire au régime de soins médicaux. Dans des circonstances particulières, une attention

spéciale est accordée à ces personnes en ce qui a trait à la date de mise en application du régime. Les titulaires de permis ministériels peuvent accéder aux services s'ils sont considérés comme résidents en vertu des *Medical and Health Care Services Regulation*. Dans ce cas, une période d'attente s'applique.

Les demandeurs du statut de réfugié ne sont pas admissibles aux services médicaux assurés. Les personnes qui ont reçu le statut de réfugié et qui ont, ainsi, le droit de résider au Canada de façon permanente sont admissibles aux services de santé assurés. La date de la mise en application du régime dépend de l'endroit où le statut de réfugié a été déterminé, soit au Canada ou à l'étranger.

Les personnes qui ne recevraient pas normalement le statut d'immigrant admis pour des raisons médicales et qui demandent qu'on évalue leur cas par compassion ou pour des raisons d'ordre humanitaire peuvent recevoir un permis ministériel. Les personnes qui reçoivent un permis ministériel sous ces conditions peuvent s'inscrire au régime de soins médicaux et avoir droit à des services de santé assurés.

3.4 Primes

Il est obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, et le versement de primes est habituellement l'une des conditions d'admissibilité. Cependant, le fait de ne pas verser de primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux conditions d'admissibilités de base. Les primes mensuelles du régime sont de 36 dollars pour une personne seule, de 64 dollars pour une famille de deux personnes et de 72 dollars pour une famille de trois personnes ou plus. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction. Il existe cinq niveaux d'aide, allant de 20 p. 100 à 100 p. 100 de la prime fixée. Seules les personnes qui ont habité au Canada pendant au moins douze mois consécutifs et qui sont citoyennes canadiennes ou qui ont le statut de résident permanent (immigrant reçu) peuvent recevoir de l'aide pour pouvoir assumer leur prime.

Il n'y a pas de primes supplémentaires pour les services hospitaliers assurés, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés dispensés aux patients de plus de 19 ans. Ces frais couvrent l'hébergement et les repas. Les clients paient selon leur revenu net. Au 31 mars 2000, les taux variaient entre 25,60 dollars et 50 dollars par jour. Environ 70 p. 100 des clients paient les taux moins élevés.

4.0 Transférabilité

Les personnes qui déménagent dans une autre province canadienne sont couvertes jusqu'à la fin du deuxième mois suivant leur départ. Leur protection peut être prolongée, (pas plus de trois mois), pendant une période raisonnable de déplacement.

Les personnes qui quittent définitivement le Canada sont couvertes jusqu'à la fin du mois de leur départ.

4.1 Délai minimal de résidence

Pour être admissible à la couverture d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, le délai minimal de résidence est une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois durant lequel la personne devient une résidente de la province.

Après la période d'attente, les personnes qui ont reçu le statut de résidents permanents sont admissibles. De même, sont admissibles les personnes de l'extérieur du Canada qui résident dans la province grâce à des permis de travail ou à des visas d'étudiants, à condition que les permis ou visas soient valides pour au moins six mois et qu'ils aient été délivrés au moment de l'entrée au Canada.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les articles 3, 4 et 5 des *Medical and Health Care Services Regulations* définissent les dispositions en matière de transférabilité des services médicaux assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique, mais qui demeurent au Canada. L'article 17 de la *Hospital Insurance Act* permet au ministre de la Santé de conclure un accord avec n'importe quelle autre province de façon à atteindre un haut niveau de liens et de coopération entre les provinces au sujet de l'assurance-hospitalisation et de prendre des dispositions pour qu'une personne admissible puisse élire domicile dans une province ou l'autre sans cesser d'avoir droit aux services.

Les personnes qui quittent la province temporairement pour prendre des vacances prolongées ou pour occuper un emploi temporaire peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois. Depuis le 1er janvier 1998, une seule approbation est accordée pour chaque période de cinq ans dans le cas d'absences de plus de six mois durant une année civile. Les résidents qui sont absents de la Colombie-Britannique pendant une partie de l'année, chaque année, doivent demeurer au Canada pendant au moins six mois de chaque année civile et maintenir leur domicile en Colombie-Britannique. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école reconnue dans une autre province sont couverts pendant la durée de leurs études.

En vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services dispensés aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique lorsque ceux-ci présentent leur carte valide du régime de soins médicaux, la carte santé. La Colombie-Britannique rembourse les frais à la province ou au territoire au taux fixé en vertu du barème d'honoraires de la province ou du territoire dans lequel les services ont été rendus.

Les frais pour les soins dispensés à des patients hospitalisés sont remboursés au taux standard d'une chambre régulière facturé réellement par les hôpitaux. Pour les services externes, le paiement correspond au taux de facturation réciproque entre les provinces et les territoires. Le paiement de ces services, sauf pour les services exclus facturés au patient, se fait par l'entremise de mécanismes de facturation réciproque entre toutes les provinces.

La section sur l'administration publique du *Acute Care Policy Manual* expose les détails particuliers de l'entente actuelle de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale pour les services hospitaliers assurés. À l'exception du Québec, qui n'a pas signé l'entente, chaque régime d'assurance-hospitalisation provincial traitera les comptes des malades hospitalisés et des malades externes au nom des résidents de l'autre province ou territoire. L'entente couvre les services fournis à l'intérieur des frontières des provinces ou des territoires et prévoit l'établissement périodique des comptes entre ces derniers.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les règlements d'application de la *Hospital Insurance Act* et les articles 3, 4 et 5 des *Medical and Health Care Services Regulations* définissent la transférabilité des services hospitaliers et médicaux assurés à l'extérieur du Canada.

Une personne admissible qui quitte la Colombie-Britannique pour étudier à temps plein dans une université, un collège ou un autre établissement d'enseignement reconnu par la *Medical Services Commission* reste admissible aux services pendant la durée de

son absence jusqu'au dernier jour du mois qu'elle étudiait à temps plein dans cet établissement ou, encore, si elle étudiait à l'extérieur du Canada, jusqu'au dernier jour du 60e mois depuis la date de son départ de la Colombie-Britannique.

Une personne admissible qui quitte la Colombie-Britannique pour prendre des vacances ou pour aller travailler pendant plus de six mois est considérée comme résidente pour les besoins de détermination de son statut de prestataire durant les premiers douze mois consécutifs de son absence, si elle obtient une autorisation préalable de la *Medical Services Commission*, n'élit pas domicile à l'extérieur de la Colombie-Britannique et n'a pas reçu d'autorisation pour une absence similaire au cours des 60 mois précédents.

Moyennant une autorisation préalable, les services hospitaliers qui ne peuvent pas être obtenus au Canada sont couverts aux taux courants et habituels des hôpitaux. Dans d'autres circonstances, sous réserve d'une autorisation préalable, les soins dispensés à un patient hospitalisé sont couverts au taux établi pour les lits en salle commune. Les services de jour d'hémodialyse rénale peuvent être couverts au taux canadien prévu par les provinces et les territoires dans les ententes de facturation réciproque. Dans tous les autres cas, y compris les urgences et les maladies subites survenues pendant une absence temporaire de la province, les soins aux patients hospitalisés sont payés jusqu'à concurrence de 75 dollars canadiens par jour pour les adultes et les enfants et de 41 dollars canadiens pour les nouveau-nés.

En cas d'urgence ou de maladie subite, les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts pour les personnes admissibles temporairement absentes de la province. Les services médicaux sont payés jusqu'à concurrence du taux qui aurait été appliqué si le service avait été fourni en Colombie-Britannique, exception faite des cas autorisés d'avance en raison de circonstances particulières. Ils sont alors payés au taux en vigueur à l'endroit où le service est offert. Moyennant une autorisation préalable, le paiement des services médicaux non urgents dispensés à l'étranger peut se faire aux taux courants et habituels lorsque le service approprié n'est pas offert dans la province ou ailleurs au Canada.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour être admissible aux services facultatifs couverts en vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciales. Par contre, une autorisation préalable de la *Medical Services Commission* est nécessaire pour les services qui ne sont pas assurés dans le cadre de ces ententes. Certains traitements (p. ex., pour les cas d'anorexie) exigent l'autorisation de la *Regional Programs Division*. Tous les services non urgents fournis à l'étranger doivent être approuvés par la Commission avant le prestation du service.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le gouvernement de la Colombie-Britannique estime offrir un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins de santé. Les prestataires définis dans la *Medicare Protection Act* et le *Acute Care Policy Manual* du Ministre sont admissibles à tous les services hospitaliers et soins de santé nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu des malades, l'article 17 de la *Medicare Protection Act* interdit la surfacturation des services médicaux par les médecins inscrits.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En 1999-2000, on comptait 94 établissements de soins actifs, trois établissements spécialisés de soins de réadaptation et 468 lits de réadaptation. Par ailleurs, la province disposait de 19 centres de diagnostic et de traitement et de six postes de la Croix-Rouge.

La province donne également accès à des services de soins prolongés. En 1999-2000, on comptait 17 établissements autonomes de soins prolongés. Ces unités de soins et les lits des hôpitaux de soins actifs et de réadaptation connexes représentaient un total de 8 733 lits de soins prolongés.

En décembre 1999, on comptait 29 115 infirmières autorisées. Les hôpitaux de la Colombie-Britannique emploient également des infirmières psychiatriques autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées. En 1998, on dénombrait 2 200 infirmières psychiatriques autorisées et 5 127 infirmières auxiliaires autorisées.

Le document intitulé *Capital Planning Requirements for Health Authorities* définit les attentes du ministère de la Santé en ce qui a trait à la planification des immobilisations des instances responsables des services de santé. Le document expose les processus, les politiques, les échéanciers et les rôles et responsabilités liés aux projets d'immobilisation en santé. Les exigences s'appliquent à tous les types d'établissement de soins de santé, aux centres de santé communautaire, aux postes d'ambulances et aux établissements psychiatriques.

La planification des immobilisations doit correspondre à la vision, à la mission, à l'évaluation des besoins, aux questions prioritaires, aux buts et aux stratégies de chaque instance régionale responsable des services de santé, tels que définis dans leurs plans de services de santé triennaux. Le plan de services de santé, combiné à l'âge et à l'état des éléments de l'inventaire physique de l'instance responsable des services de santé, déterminent l'orientation de la planification des immobilisations dans un domaine défini.

La responsabilité gouvernementale en matière de projets d'immobilisations en santé est partagée entre le ministère de la Santé et le ministère des Finances et des Relations avec les entreprises. Le ministère de la Santé veille à l'évaluation et à la planification des besoins; la Direction générale de la mise en œuvre du ministère des Finances et des Relations avec les entreprises est responsable de la gestion du projet, de l'administration financière et de l'exécution du projet.

Les districts hospitaliers régionaux partagent, avec le gouvernement provincial, les coûts d'immobilisation associés aux établissements de santé régis en vertu de la *Hospital Act*. Cette contribution est assumée par les contribuables, par l'entremise des taxes foncières prélevées par les districts régionaux composés de directeurs de la municipalité et de la circonscription soumis à la *Regional Hospital District Act*.

Un certain nombre de mesures ont été prises en 1999-2000 pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés et pour réduire les périodes d'attente. Le Ministère a accordé quarante-cinq millions de dollars supplémentaires aux instances responsables des services de santé afin de remplacer l'équipement actuel, notamment des tomodensitomètres, des pièces d'équipement à rayon X, des systèmes de surveillance des malades ainsi que de l'équipement médical. En outre, le Ministère a annoncé les mesures particulières suivantes : 50 millions de dollars pour améliorer les soins infirmiers; 500 000 dollars pour un programme de curiethérapie pour le cancer de la prostate; 427 000 dollars pour rénover l'aile psychiatrique du Mills Memorial Hospital (centre de renvoi des régions nordiques); une unité de mammographie pour Cranbrook; un nouveau service d'hémodialyse pour le

Cowichan District Hospital; 350 000 dollars pour un nouveau neuromicroscope pour le Victoria General Hospital; 10,76 millions de dollars pour réduire la période d'attente et pour améliorer les soins fournis aux malades cardiaques (environ 700 chirurgies de plus pourront être pratiquées); 6 millions de dollars pour réduire le temps d'attente pour la pose d'une prothèse de la hanche et du genou (1 000 chirurgies de plus); 535 000 dollars pour financer trois lits supplémentaires au St. Paul's Hospital dans le cadre du programme de troubles de l'alimentation; 1,6 million de dollars pour améliorer l'unité d'urgence du poste d'ambulance du Vancouver General Hospital afin d'ouvrir une nouvelle salle d'opération (trauma) et trois lits dans l'unité de soins spéciaux (trauma).

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 1999-2000, 4 276 omnipraticiens, 3 269 spécialistes et 265 dentistes ont offert des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés (rémunérés à l'acte).

En janvier 2000, après des mois de pourparlers et de négociations, un protocole d'entente a été signé avec la *British Columbia Medical Association* pour 1999-2000 et 2000-2001. En plus d'ajouter des modalités à l'entente précédente et aux accords de travail supplémentaires, le protocole comprenait un engagement à élaborer un accord avec les régions rurales qui couvrirait la même période.

La négociation concernant un accord avec les régions rurales a été conclue en avril 2000. Cet accord octroyait une allocation supplémentaire de 5,5 millions de dollars aux médecins des régions rurales. Il servira à améliorer à la fois le programme de couverture médicale d'urgence (500 000 dollars), y compris les paiements sur demande, à accroître les subventions versées aux médecins suppléants des régions rurales afin d'offrir un autre 900 jours de protection (400 000 dollars), pour un total de 3 000 jours, et à offrir deux millions de dollars supplémentaires pour soutenir les spécialistes des régions rurales, un million de dollars supplémentaires destinés à la formation des médecins à la pratique rurale, notamment des subventions à la formation médicale continue, 600 000 dollars de fonds d'urgence pour les projets spéciaux et des fonds supplémentaires potentiels accordés aux communautés nordiques et isolées.

L'accord rural a également mis sur pied un comité de direction mixte afin d'examiner des façons d'améliorer la prestation de soins de santé en milieu rural et d'examiner conjointement le programme de couverture médical d'urgence.

5.4 Rémunération des médecins

La province de la Colombie-Britannique négocie avec la *British Columbia Medical Association* afin d'établir les modalités, les prestations et les compensations générales à la fois pour les médecins rémunérés à l'acte et pour les médecins rémunérés d'autres façons, notamment les médecins salariés. D'autres professionnels des soins de santé qui offrent des services assurés utilisent des barèmes d'honoraires distincts approuvés par les comités spéciaux compétents.

L'accord entre la *Medical Services Commission*, le gouvernement de la Colombie-Britannique et la *British Colombia Medical Association*, signé en décembre 1993, a été prolongé jusqu'au 31 mars 2001. Il comprend, entre autres éléments clés, un mécanisme d'arbitrage exécutoire et la participation de l'Association et de la *Medical Services Commission*.

Au cours de l'année 1999-2000, le régime a versé environ 1,96 milliard de dollars aux médecins exerçant dans la province, aux praticiens fournissant des prestations complémentaires et aux gestionnaires des programmes. Pour les services médicaux

fournis à l'extérieur de la province, le régime a versé environ 20,6 millions de dollars, dont environ 16 millions en vertu d'ententes de facturation réciproque avec d'autres provinces ou territoires.

Les services médicaux dispensés dans la province sont payés aux médecins par l'entremise du régime de soins médicaux, d'après la facturation présentée par ceux-ci. Le patient n'intervient habituellement pas dans le processus de paiement. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des demandes d'indemnités se font électroniquement par l'entremise du système Teleplan. Le reste est présenté à partir de cartes de demandes d'indemnités par des médecins dont le nombre de patients est moindre et par d'autres professionnels de la santé.

La *Medical Services Commission* finance également certains services médicaux à partir d'autres formules de financement. Une direction générale responsable de ces formules verse des fonds à quelque 360 organismes de soins de santé qui paient des médecins pour dispenser les services approuvés. Environ 1 900 médecins ont volontairement souscrit à ces formules et reçoivent une partie ou la totalité de leur revenu sous forme de salaire, de rémunération à l'acte ou de rémunération à contrat. On étudie également d'autres options de paiement, dont les honoraires fixés en fonction de la population dans le cas des médecins de famille.

5.5 Paiements des hôpitaux

Les instances régionales responsables des services de santé reçoivent les paiements de contribution à date fixe du ministère provincial de la Santé, par l'entremise d'accords de financement et de transfert, conformément à la *Hospital Act*, à la *Hospital Insurance Act* et à la *Hospital District Act* . Les instances responsables déterminent la part de leur budget global à verser à chaque hôpital de leurs régions.

En 1999-2000, le financement total accordé aux instances responsables des services de santé était de 4,4 milliards de dollars, y compris les fonds pour les hôpitaux, les soins prolongés, la promotion de la santé, les services de santé préventifs et les programmes de santé mentale pour adultes. Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province, y compris ceux à l'intérieur du Canada et à l'étranger, totalisaient 49,5 millions de dollars pour les services assurés fournis aux habitants de la Colombie-Britannique en 1999-2000.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Les contributions fédérales sont inclues dans les comptes publics de la Colombie-Britannique. En outre, elles apparaissent dans des documents publics décrivant des projets de financement conjoints particuliers.

7.0 Services complémentaires de santé

La *Regional Programs Division* du ministère de la Santé finance une vaste gamme de services communautaires de traitement symptomatique afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme entravant leur autonomie ou qui ont besoin de soins actifs pouvant être donnés à domicile. Ces services comprennent : la gestion de cas; les services de soutien à domicile (soutien à domicile, soins infirmiers communautaires à domicile, physiothérapie, ergothérapie, conseils en diététique, services de travailleurs sociaux, repas); les services de soins en établissement

(foyers de soins familiaux, foyers de groupe, foyers personnels et foyers de soins intermédiaires et multi-niveaux, hôpitaux privés et unités de soins prolongés); les services de soutien spécial (centres de jour pour adultes, services de relève et centres d'évaluation et de traitement). Fournis à l'échelle communautaire, les services sont dispensés par l'intermédiaire des instances responsables des services de santé.

Les services de soins en établissement assurent aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins et une surveillance dans un milieu protégé et favorable.

Les services de soins infirmiers communautaires à domicile fournissent des soins infirmiers professionnels aux personnes de tout âge dans leur propre foyer. Ces services sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, la formation, la consultation, la coordination des soins et les soins infirmiers directs pour les clients ayant besoin de services prolongés, actifs ou palliatifs ou encore, de services de réadaptation.

Les services de soutien à domicile offrent une aide non professionnelle consistant, notamment, en des soins personnels et des services d'entretien ménager. Les centres de jour pour adultes offrent un programme intra-muros d'activités sociales, récréatives et liées à la santé.

Le programme de services pharmaceutiques rembourse en tout ou en partie les frais suivants : médicaments prescrits désignés; fournitures pour stomisés et mastectomisées; appareils prothétiques et orthétiques pour les personnes de 19 ans ou moins; aiguilles et seringues pour les diabétiques qui ont besoin d'insuline; et bandes d'analyse de la teneur en glucose du sang pour les diabétiques détenteurs d'un certificat de formation d'un centre de formation reconnu. La couverture est limitée aux dépenses engagées en Colombie-Britannique.

Yukon

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé du gouvernement du Yukon sont le *Yukon Health Care Insurance Plan* (YHCIP) et le *Hospital Insurance Services Plan*. Le régime d'assurance-santé est administré par le directeur, *Yukon Health Care Insurance Plan*, qui est nommé par le membre du conseil exécutif. Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par l'administrateur de l'assurance-hospitalisation au Yukon, qui est nommé par le commissaire en conseil exécutif. Le directeur du *Yukon Health Care Insurance Plan* et l'administrateur du *Yukon Hospital Insurance* sont ci-après appelés directeur des services de santé assurés. Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le *Yukon Health Care Insurance Plan* ou le *Hospital Insurance Services Plan*.

La *Yukon Health Care Insurance Plan Act*, adoptée le 1er avril 1972, établit le cadre législatif pour le paiement de services médicaux assurés aux résidents admissibles du Yukon. La *Hospital Insurance Services Plan Act*, adoptée le 9 avril 1960, établit le cadre législatif pour le paiement de ces montants aux hôpitaux, d'après les coûts des services assurés dispensés par les hôpitaux aux assurés.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Health Care Insurance Plan Act* et de son règlement, le mandat et la fonction du directeur, *Yukon Health Care Insurance Plan*, se présentent comme suit : administrer le régime à titre de son principal administrateur; déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés; inscrire des personnes au régime; verser des paiements en vertu du régime, notamment déterminer l'admissibilité et les montants; déterminer les montants à payer pour des services de santé assurés à l'extérieur du Yukon; établir des comités consultatifs et nommer des personnes qui donneront des conseils ou aideront au fonctionnement du régime; orienter la prise de mesures et négocier des ententes dans l'exercice du droit de subrogation du gouvernement du Yukon en vertu de cette Loi aux droits des assurés; mener des enquêtes et des programmes de recherche et obtenir des statistiques à cette fin; établir l'information qui doit lui être fournie en vertu de cette Loi, ainsi que la forme que doit prendre cette information; nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner et obtenir de l'information à partir de dossiers médicaux, de rapports et de comptes; enfin, remplir d'autres fonctions et obligations qui lui sont assignées par le membre du conseil exécutif en vertu de cette Loi.

Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Hospital Insurance Services Act* et de son règlement, le mandat et la fonction de l'administrateur de l'assurance-hospitalisation se présentent comme suit : élaborer et administrer le régime d'assurance-hospitalisation; déterminer l'admissibilité aux services assurés; déterminer les montants qui peuvent être payés pour acquitter le coût des services assurés dispensés aux assurés; conclure, au nom du gouvernement du Yukon, des accords avec des hôpitaux au Yukon ou à l'extérieur du territoire ou, encore, avec le gouvernement du Canada, une province ou un organisme approprié concernant la prestation de services assurés aux assurés; approuver des hôpitaux pour l'application de cette Loi; mener des enquêtes et des programmes de recherche et obtenir des statistiques à cette fin; nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner et obtenir de l'information à partir de dossiers médicaux, de rapports et de comptes; désigner les

formulaires et les dossiers nécessaires à l'application des dispositions de cette Loi; remplir d'autres fonctions et obligations qui peuvent lui être assignées en vertu du Règlement.

1.2 Liens hiérarchiques

L'article 6 de la *Health Care Insurance Plan Act* et l'article 7 de la *Hospital Insurance Services Act* exigent que l'administrateur ou le directeur présente un rapport annuel au membre du conseil exécutif concernant l'administration des deux régimes d'assurance santé. Des états des recettes et dépenses sont déposés devant l'assemblée législative, où ils doivent faire l'objet de discussions.

Les états des recettes et dépenses pour les programmes d'assurance-santé de la Direction des services de santé sont déposés durant la séance d'automne de l'assemblée législative, une fois par année. Le rapport qui doit être déposé en octobre 2000 couvre les exercices 1997-1998,1998-1999 et 1999-2000.

1.3 Vérification des comptes

Le *Health Care Insurance Plan* et le *Hospital Insurance Services Plan* sont vérifiés par le bureau du vérificateur général. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada) et l'alinéa 8(4)e) de la *Financial Administration Act* (Yukon). Le vérificateur général doit mener une vérification annuelle des transactions et des états financiers consolidés du gouvernement. La vérification la plus récente concernait l'exercice se terminant au 31 mars 2000, et la vérification sur place a pris fin le 21 juillet 2000.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Hospital Insurance Services Act* et les articles 2, 4, 5, 9 et 11 du *Regulations Respecting Hospital Insurance Services* prévoient la prestation de services hospitaliers assurés.

En 1999-2000, 16 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont dispensé des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital pavillonnaire, huit centres de santé, quatre postes de soins infirmiers et deux cliniques.

En vertu des alinéas e) et f) de l'article 2 du *Regulations Respecting Hospital Insurance Services*, les services dispensés dans un hôpital approuvé sont assurés. La définition des « services assurés fournis aux malades hospitalisés » qui figure à l'alinéa e) de l'article 2 inclut tous les services suivants fournis aux malades hospitalisés, à savoir : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes (voir l'annexe B) administrées à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, s'il y a lieu; les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

La définition de l'alinéa f) de l'article 2 du même règlement des « services assurés fournis aux malades externes » inclut les services suivants fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident, laquelle période peut être prolongée par l'administrateur, lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident, à savoir : les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires pour aider au diagnostic ou au traitement de blessures; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes (voir l'annexe B) administrées à l'hôpital; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, s'il y a lieu.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Health Care Insurance Plan Act* et les articles 2, 3, 4, 7,10 et 13 du *Health Care Insurance Plan Regulations* prévoient la prestation de services de médecin assurés.

L'article 1 de la Loi définit le « médecin » (services médicaux) comme [traduction] « une personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice et toute personne qui dispense des services de santé assurés ». Les médecins rémunérés par le *Health Care Insurance Plan* dispensent des services de santé assurés et doivent être autorisés à exercer en vertu de la *Medical Professions Act*. La Loi désigne le *Yukon Medical Council* comme responsable de la réglementation des activités professionnelles des personnes qui exercent la médecine au Yukon. Le commissaire en conseil exécutif nomme six membres du conseil et un membre de la fonction publique au poste de registraire des médecins du Yukon.

Le registraire des médecins est responsable du maintien d'un registre pour chaque personne inscrite en tant que personne autorisée à exercer la médecine au Yukon [paragraphe 9(1)]. Les médecins doivent satisfaire aux critères suivants pour répondre aux exigences en matière d'inscription en vertu du paragraphe 9(2) de la *Medical Practitioners Act* : déposer une demande d'inscription au registre médical du Yukon devant le conseil; produire un diplôme émis à son nom par une faculté de médecine reconnue et acceptée par le membre du conseil exécutif agissant sur la recommandation du conseil; être licencié du Conseil médical du Canada; avoir terminé avec succès un minimum de 12 mois d'internat, consistant en une formation en médecine, en chirurgie, en obstétrique, en gynécologie et en pédiatrie dans un hôpital reconnu et accepté par le membre du conseil exécutif agissant sur la recommandation du conseil; satisfaire aux prescriptions de l'article 13[1]; être examiné par le conseil et satisfaire aux exigences de ses membres en ce qui concerne sa santé physique générale et son habileté à s'engager dans l'exercice de la médecine; payer les droits prescrits pour cette inscription.

Aux termes du paragraphe 7(5) du *Yukon Health Care Insurance Plan Regulations*, [traduction] « tout médecin peut décider de toucher les honoraires auxquels il a droit en vertu du régime pour des services rendus à des assurés d'autres régimes, sans perte d'avantages pour les assurés, en avisant par écrit de son choix ». En 1999-2000, aucun médecin n'a fait part par écrit de sa décision de toucher ses honoraires autrement que par l'entremise du *Health Care Insurance Plan*.

[1] L'article 13 de la *Medical Practitioners Act* exige que le demandeur soit légalement autorisé à résider au Canada; qu'il soit la personne à qui les documents de compétence s'appliquent; qu'il soit raisonnablement en mesure de communiquer dans l'une des langues officielles du Canada; qu'il soit un membre en règle de la profession médicale dans tous les territoires où il a exercé la médecine par le passé; qu'il n'ait pas de dossier criminel au Canada.

Les services médicaux assurés au Yukon sont définis comme des services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Une liste des services non assurés par le *Yukon Health Care Insurance Plan* figure à l'article 3 du règlement d'application (voir la section 2.4). Les services non couverts par le régime comprennent les suivants : consultations téléphoniques, services médicaux-légaux, préparation de dossiers et de rapports, services dispensés à la demande d'un tiers, services fournis à des fins esthétiques et services désignés comme non médicalement nécessaires. Deux services ont été ajoutés en 1999-2000 à la liste des services de médecin assurés: l'intubation (anesthésie) et les services aux enfants présentant des troubles affectifs (pédiatrie) - interviews diagnostiques ou examen, y compris l'examen de l'état mental et les recommandations concernant le traitement, l'évaluation des parents, du tuteur ou d'un autre membre de la famille et le rapport écrit.

La procédure suivie au Yukon pour ajouter un service médical à la liste des services assurés couverts par le régime d'assurance-santé exige que les médecins déposent leurs demandes par écrit pour faire ajouter un code de rémunération au *Relative Value Guide to Fees* (Guide de la valeur relative des honoraires). La demande est ensuite examinée par le comité de liaison de la *Yukon Medical Association* et du *Yukon Health Care Insurance Plan*. À la suite de cet examen, une décision est rendue concernant l'inclusion ou l'exclusion du service. Le coût ou l'honoraire est normalement établi en fonction des coûts et honoraires payés dans d'autres territoires. Une fois que la valeur de la rémunération pour un service particulier a été fixée, tous les médecins du Yukon en sont informés.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes dispensant des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime d'assurance-santé du territoire doivent être autorisés à exercer en vertu de la *Dental Professions Act* et possèdent des numéros à apposer aux factures présentées au *Health Care Insurance Plan* pour la prestation de services dentaires assurés. En 1999-2000, deux chirurgiens dentaires, deux chirurgiens stomatologistes et deux orthodontistes pouvaient faire parvenir leurs factures au *Yukon Health Care Insurance Plan* pour des services dentaires assurés.

Les services dentaires assurés sont limités aux actes de chirurgie dentaire inscrits en annexe dans le règlement, qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital en raison des ressources uniques qu'ils exigent. C'est le cas, par exemple, de la correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie. Les services dentaires assurés comprennent les suivants : extraction chirurgicale de dents à éruption incomplète; alvéoloplastie et gingivoplastie; approfondissement du sillon et remodelage de la crête alvéolaire; exposition des dents pour les besoins de traitements orthodontiques; traitement de blessures accidentelles aux tissus mous de la bouche; résection d'une racine; phrénicectomie; excision de kystes intra-oraux; excision de tumeurs bénignes intra-orales; sialolithotomie; excision de grenouillettes sublinguales; condylectomie; biopsie intro-orale; incision et drainage d'un abcès d'origine dentaire; réduction orthopédique de fractures du mandibule et du maxillaire; réduction chirurgicale de fractures du mandibule et du maxillaire; réduction orthopédique d'une dislocation temporo-mandibulaire; réduction chirurgicale d'une dislocation temporo-mandibulaire; extraction d'une racine ou d'un corps étranger du sinus maxillaire; réparation et fermeture d'une fistule bucco-sinusale; correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie; alcoolisation d'une branche nerveuse pour les

besoins de diagnostic ou de thérapie; avulsion de nerf (mentonnier, infra-orbital ou dentaire inférieur); dans le cas des enfants âgés de 16 ans ou moins. Les services de chirurgie dentaire suivants sont aussi assurés : i) chirurgie buccale et orthodontie nécessaires à la réparation d'une fente palatine ou d'un bec-de-lièvre ou y faisant suite, seulement lorsque ce service s'inscrit dans le cadre d'une chirurgie plastique réparatrice ou y fait suite; ii) extraction chirurgicale de dents à éruption complétée ou incomplète ou, encore, d'une dent incluse; iii) tout autre acte de soins dentaires désigné comme médicalement nécessaire par le directeur des services de santé assurés.

L'ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés exige l'apport de modifications établies par décret à l'annexe B du *Regulations Respecting Health Care Insurance Services*.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services dispensés aux membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale canadienne, aux détenus des pénitenciers fédéraux et aux clients de la *Workers' Compensation Health and Safety Board* ne sont assurés par aucun des deux régimes. Les autres services non assurés qui peuvent être facturés aux malades comprennent : les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports qui en découlent; les témoignages devant les tribunaux ou la fourniture de preuves dans le cadre de poursuites judiciaires; les services désignés par le directeur des services de santé assurés au cours d'un examen des attestations médicales comme non assurés parce que le service rendu n'était pas médicalement nécessaire; les services dispensés durant la détention; les services assurés qu'un médecin se dispense à lui-même ou qu'il dispense à une personne à sa charge, sauf en cas d'indication contraire du directeur; les soins dentaires courants, y compris les radiographies dentaires; les services dispensés à la demande d'un tiers; les services fournis à des fins esthétiques, à moins d'avoir été expressément autorisés par le conseiller médical du *Yukon Health Care Insurance Plan*; le rétablissement de la fécondité; les rapports ou certificats médicaux; les immunisations de groupe; les consultations téléphoniques; l'acupuncture; les services dispensés par des podiatres, des ostéopathes, des naturopathes, des orthodontistes, des chiropraticiens et des physiothérapeutes; la chirurgie dentaire dispensée à l'extérieur de l'hôpital; les services de laboratoire et de radiographie dispensés dans des établissements qui ne sont pas approuvés par le *Yukon Health Care Insurance Plan*.

Les membres de la *Yukon Medical Association* peuvent facturer les services non couverts par le *Health Care Insurance Plan* directement aux malades, notamment l'administration, les frais de clinique, les fournitures, les renouvellements d'ordonnances par téléphone, les consultations téléphoniques, les rendez-vous manqués, etc. Ce ne sont pas tous les médecins ou les cliniques qui facturent ces services. Les services dentaires qui ne sont pas fournis dans un hôpital et les services considérés comme des services de rétablissement ne sont pas couverts par le *Health Care Insurance Plan*.

Les services hospitaliers non assurés qui peuvent être facturés aux malades comprennent l'hospitalisation des non-résidents; les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les services spéciaux demandés par le malade, comme la télévision et les services infirmiers privés lorsqu'ils ne sont pas médicalement nécessaires. Depuis le 31 mars 2000, le coût normalisé de la salle commune est de 1 978 dollars pour les non-Canadiens alors que celui de l'unité de soins intensifs (USI) s'établit à 2 967 dollars.

Aucuns frais modérateurs ni frais de coassurance ne sont exigés en vertu du *Hospital Insurance Services Plan*. Il n'y a pas de pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente pour l'admission à l'hôpital. Le Yukon possède un tout nouvel établissement de soins actifs qui se trouve à Whitehorse, où il y avait 49 lits dotés en personnel en date du 31 mars 2000, il y avait 49 lits datés en personnel, et il reste suffisamment d'espace pour ouvrir huit lits supplémentaires pour soins actifs si jamais les tendances d'occupation future indiquaient qu'un nombre plus élevé de lits se révélait nécessaire.

Tous les résidents du Yukon jouissent d'une égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la *Workers' Compensation Health and Safety Board* n'ont pas accès en priorité aux services. Le territoire n'a aucun processus officiel en place pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés de surveiller les préoccupations relatives à l'usage et au service.

La prestation de services non assurés, comme des plâtres en fibre de verre, ne retarde ni n'empêche l'accès aux services assurés en aucun temps. Les assurés sont informés de leurs options en matière de traitement lorsqu'ils reçoivent le service. Le territoire n'a aucun processus officiel en place pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés de surveiller les préoccupations relatives à l'usage et au service.

Processus utilisé pour retirer un service couverts par le *Yukon Health Care Insurance Plan* :

- **Services de médicaux** : le comité de liaison de la *Yukon Medical Association* et des services de santé assurés examine les modifications à apporter au *Relative Value Guide to Fees* (Guide de la valeur relative des honoraires), notamment les décisions consistant à retirer certains services. En collaboration avec le conseiller médical du Yukon, on prend les décisions consistant à retirer les services en se fondant sur des preuves médicales indiquant que le service est inefficace ou pose un risque potentiel à la santé du malade. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur gère ce processus;
- **Services hospitaliers** : il est nécessaire qu'une modification établie par décret soit apportée aux alinéas e) et f) de l'article 2 du *Yukon Hospital Insurance Services Regulations*. Jusqu'à maintenant, aucun service hospitalier fourni aux malades hospitalisés ou externes, comme le prévoient le règlement, n'a été retiré. L'administrateur gère ce processus en collaboration avec la *Yukon Hospital Corporation*;
- **Services de chirurgie dentaire** : il est nécessaire qu'une modification établie par décret soit apportée à l'annexe B du *Regulations Respecting Health Care Insurance Services*.

En 1999-2000, un seul service a été éliminé du *Relative Value Guide to Fees* (Guide de la valeur relative des honoraires), c'est-à-dire la spirométrie pour le dépistage simple à l'aide d'un appareil portatif (acte de diagnostic).

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité au régime d'assurance-santé est définie à l'article 2 de la *Health Care Insurance Plan Act*, l'article 4 du *Regulations Respecting Health Care Insurance*, l'article 2 de la *Hospital Insurance Services Act* et l'article 4 du *Yukon Hospital Insurance Service Regulations*. Sous réserve des dispositions de ces lois et de leurs règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles à des services de santé assurés et y ont droit en vertu de modalités uniformes. La définition du mot « résident » est celle qui est utilisée dans la *Loi canadienne sur la santé* : [traduction] « personne domiciliée et résident habituellement au Yukon et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

En vertu du paragraphe 4(3) de s deux lois sur l'assurance des sons de santé [traduction] « une personne assurée est admissible aux services assurés après minuit le dernier jour du second mois qui suit le mois d'arrivée au Yukon ».

Les personnes qui ont droit à des prestations ou qui y sont admissibles en vertu de tout autre loi, d'une loi d'une province ou d'une loi du Parlement du Canada autre que la *Loi canadienne sur la santé* n'ont pas droit aux prestations. Cette définition inclut, sans s'y limiter, les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux.

Les personnes qui donnent une date de congé ou de libération de la GRC, des forces armées ou d'un pénitencier fédéral deviennent admissibles à la couverture du *Health Care Insurance Plan* le lendemain de la date indiquée.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

On conseille aux personnes qui immigrent dans le territoire de déposer une demande d'inscription au *Health Care Insurance Plan* dès leur arrivée. Pour ce faire, elles doivent remplir un formulaire d'inscription, lequel est disponible dans les bureaux des services de santé assurés ou auprès des agents territoriaux de la communauté. Une fois la demande approuvée, une carte de santé est envoyée par la poste au demandeur. Les membres de la famille reçoivent une carte de santé et des numéros de santé distincts. La couverture expire chaque année, à la date d'anniversaire du résident, et une ou plusieurs étiquettes de mise à jour affichant une nouvelle date d'expiration sont envoyées par la poste chaque année.

Si d'autres membres de la famille arrivent au Yukon en devançant l'un des conjoints résidant ailleurs au Canada, la province ou le territoire d'origine assurera la couverture de tous les membres de la famille durant une période maximale de douze mois pendant laquelle le conjoint restant y demeurera, conformément à l'*Entente interprovinciale en matière d'admissibilité et de transférabilité*.

En date du 31 mars 2000, il y avait 31 225 personnes inscrites au *Yukon Health Care Insurance Plan*.

Aux termes de l'article 16 de la *Health Care Insurance Plan Act*, [traduction] « tout résident autre qu'une personne à charge ou qu'une personne exemptée par les règlements doit s'inscrire au régime et y inscrire les personnes à sa charge auprès du directeur des services de santé assurés, à l'endroit, de la façon et au moment prescrits par le règlement ».

3.3 Autres catégories de personnes assurés

Les conditions concernant l'admissibilité à la couverture qui s'appliquent à des catégories spéciales de personnes se présentent comme suit :

- Canadiens qui reviennent dans le territoire et immigrants reçus : aucune période d'attente (paragraphe 4(3) du *Yukon Health Care Insurance Plan Regulations* et 4(3) du *Yukon Hospital Insurance Services Regulations*);
- Permis de travail ministériel : aucune période d'attente si admissible;
- Réfugiés au sens de la Convention : admissible si la personne détient un permis de travail valable pour une période d'un an;
- Résidents temporaires autorisés (p.ex. permis de travail et permis autres que les permis ministériels) : aucune période d'attente.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes qui immigrent au Yukon ont droit à la couverture en vertu du paragraphe 4(3) du *Yukon Health Care Insurance Plan Regulations* et du *Yukon Hospital Insurance Services Regulations*. Aux termes du paragraphe 4(3), [traduction] « une personne assurée est admissible aux services assurés après minuit le dernier jour du second mois qui suit le mois d'arrivée au Yukon ».

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les dispositions relatives à la transférabilité de l'assurance-santé pendant les absences temporaires au canada sont définies dans les articles 5, 6, 7 et 10 du *Yukon Health Care Insurance Plan Regulations* et l'article 6, les paragraphes (1) et (2) de l'article 7 et l'article 9 du Yukon *Hospital Insurance Services Regulations*.

Ces deux règlements stipulent que lorsqu'un assuré s'absente du territoire avec l'intention d'y revenir, il a le droit de recevoir des services assurés durant une absence de douze mois consécutifs.

En ce qui concerne la protection des personnes qui étudient à l'extérieur du territoire, le directeur des services de santé assurés peut accorder une protection pour une absence supérieure à douze mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être examinées chaque année et être approuvées par le directeur des services de santé assurés. En ce qui concerne les travailleurs temporaires, le directeur des services de santé assurés peut accorder une protection malgré une absence de plus de douze mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées à chaque année et être approuvées par le directeur des services de santé assurés. En ce qui concerne les missionnaires, le directeur peut accorder une protection pour une absence de plus de douze mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées à chaque année et être approuvées par le directeur.

Les dispositions relatives à la protection pendant des séjours temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités de l'*Entente interprovinciale en matière d'admissibilité et de transférabilité* signée le

1er janvier 1998. Les définitions ont été uniformisées dans le règlement d'application, les politiques et les procédures.

Le Yukon adhère complètement aux accords de facturation réciproque des soins médicaux et aux accords réciproques interprovinciaux sur les hôpitaux conclus avec toutes les autres provinces et les territories (le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque d'assurance-santé). Les services assurés fournis aux résidents du Yukon temporairement absents du territoire sont payés aux taux établis par la province d'accueil Les montants suivants ont été versés à des hôpitaux à l'extérieur du territoire pour l'exercice financier 1999-2000.

Services aux malades hospitalisés	Services aux malades externes
4 882 020 $	917 660 $
Nota : Ces chiffres ne comprennent pas les coûts de services fournis à l'étranger et ils sont compilés d'après la date de prestation des services.	

En 1999-2000, les réclamations payées pour des services médicaux dispensés hors province totalisaient 1 572 022 dollars. (Nota : ces chiffres incluent les coûts des services dispensés hors canada et sont compilés d'après la date de paiement.)

Le paiement des services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du territoire à des malades externes ou hospitalisés résidents du Yukon et admissibles est accordé en vertu des accords de facturation réciproque des hôpitaux. Les coûts élevés de certains actes médicaux, les frais pour les accouchements et les coûts des consultations externes sont déterminés par le comité FPT de coordination sur la facturation réciproque. Ces taux ont été établis par décret, conformément au *Charges For Out-Patient Procedures Regulation*, au *Standard Ward Rates Regulation* et au *In-Patients High-Cost Procedures Regulation*.

Le paiement des services de médecin assurés fournis à l'extérieur du territoire aux résidents du Yukon admissibles est versé en vertu des accords de facturation réciproque. Le paiement est délivré à la province d'accueil aux taux établis par cette dernière.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les dispositions relatives à la transférabilité de l'assurance-santé pendant les séjours temporaires à l'étranger sont définies aux articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du *Yukon Health Care Insurance Plan Regulations* et l'article 6, les paragraphes (1) et (2) de l'article 7 et l'article 9 du Yukon *Hospital Insurance Services Regulations*.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé en cas de séjours à l'étranger sont les mêmes que celles en vigueur pour les séjours au Canada (voir paragraphe 4.2). Des dispositions similaires s'appliquent aux étudiants, aux travailleurs temporaires et aux missionnaires à l'étranger.

Les services de médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents du Yukon admissibles qui sont temporairement à l'extérieur du pays sont remboursés aux taux équivalents à ceux du Yukon. La somme est versée à l'assuré en vertu du *Yukon Health Care Insurance Plan* ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés admissibles résidant au Yukon sont payés aux taux établis par les *Standard Ward Rates Regulations* pour le *Whitehorse General Hospital*. Les services facultatifs ou d'urgence sont remboursés. Des exceptions peuvent être faites quand les services dispensés à l'extérieur du territoire ne sont pas offerts au Yukon. Le paiement est fondé sur le taux standard approuvé de l'établissement autorisé canadien le plus près. Une autorisation préalable est requise.

Depuis le 31 mars 1999, le taux standard du *Whitehorse General Hospital* était, au 31 mars 2000, 989 dollars pour une hospitalisation en salle commune. Le taux, établi par décret, est obtenu de la façon suivante.

- total des frais d'exploitation moins les coûts d'hospitalisation non liés aux malades, moins les coûts des naissances, moins les coûts des services dispensés aux malades externes divisé par le total des jours-patient moins les jours-patients pour les autres services (p. ex. non-canadiens).

Les services hospitaliers assurés fournis aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au taux établi par la *Charges For Out-patient Regulation*. Les frais pour les consultations externes totalisent actuellement 110 dollars, sont établis par décret et ont été calculés par le comité de coordination sur la facturation réciproque.

Les montants suivants ont été remboursés pour les services facultatifs et d'urgence fournis à l'étranger aux résidents du Yukon admissibles :

Services aux malades hospitalisés	Services aux malades externes
22 125 $	7 080 $
Nota : Les chiffres sont consignés d'après la date de prestation de services.	

Aucune exigence législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services facultatifs ou d'urgence à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

En vertu du régime d'assurance-santé ou du régime d'assurance-hospitalisation, aucuns frais modérateurs ou de coassurance ne sont exigés. Les services spécialisés ou autres qui ne sont pas offerts localement sont assurés par l'entremise d'un médecin spécialiste itinérant et d'un programme public d'assurance-déplacements. Aucun service assuré en vertu du régime d'assurance-santé fournis au Yukon ne fait l'objet de surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Il n'y a pas de pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente pour l'admission à l'hôpital. Le Yukon possède un tout nouvel établissement de soins actifs qui se trouve au *Whitehorse General Hospital*; au 31 mars 2000, il y avait 49 lits dotés en personnel était de 49 et il reste suffisamment d'espace pour ouvrir huit lits supplémentaires pour soins actifs si jamais les tendances d'occupation future en indiquaient le besoin. Le pavillon hospitalier Watson Lake compte douze lits sans liste d'attente. Le Yukon ne dispose pas de lits de réadaptation; les malades sont envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir ces services.

Outre le *Whitehorse General Hospital*, seulement quatre établissements offrent des services limités d'hospitalisation et disposent de médecins résidents : l'hôpital pavillonnaire de Watson Lake et les postes de soins infirmiers de Dawson, de Faro et de Mayo. Les services de consultation externe et les services d'urgence 24 heures sont offerts dans les treize

postes de soins infirmiers communautaires, postes sanitaires, centres de santé et hôpitaux pavillonnaires. Les unités de santé disposent d'au moins une infirmière et de personnel auxiliaire.

Le *Whitehorse General Hospital* emploie actuellement 103 infirmières, ce qui équivaut à 72 ¾ ETP. Un personnel complet exige l'équivalent de 75 ¾ ETP. Le processus de dotation en personnel pour les trois ETP supplémentaires est en cours.

Le *Whitehorse General Hospital* est le seul établissement à offrir des soins actifs au Yukon; des services hospitaliers, des services d'urgence 24 heures et des services de consultation externe y sont dispensés. Les services d'urgence sont offerts par rotation par les médecins locaux. Les services médicaux comprennent les suivants : soins intensifs (soins chirurgicaux et cardiaques), traitement des problèmes respiratoires (bcpo, asthme, etc.) et des accidents vasculaires cérébraux, services d'obstétrique, traitement des saignements gastro-intestinaux et de la cellulite, chimiothérapie, traitement de l'hypertension, de l'impossibilité de faire des efforts et de la faiblesse. Certains services chirurgicaux sont offerts : soins orthopédiques mineurs, gynécologie, pédiatrie, troubles gastriques généraux, mastectomie, trauma (urgence), orl/oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, y compris la chirurgie de la cataracte. Les malades qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont envoyés dans des centres externes. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire, de mammographie et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont limités.

Il n'y a pas de liste d'attente pour être admis au *Whitehorse General Hospital*. Les malades qui ont besoin de toute urgence d'une chirurgie d'un jour sont généralement opérés en moins de 24 heures. Les chirurgies d'un jour non urgentes ou courantes sont effectuées à l'intérieur d'une à deux semaines. Le nombre de consultations de spécialistes itinérants est habituellement plus élevé, ce qui permet de réduire les périodes d'attente, en particulier en orthopédie, en ORL et en ophtalmologie (voir section 5.3). Pour ce qui est des services qui ne sont pas offerts dans la collectivité, le programme de médecins spécialistes itinérants et le programme d'assurance-déplacements aident les personnes admissibles à assumer le coût du transport d'urgence médicalement nécessaire et des services assurés non urgents.

Compte tenu du succès remporté par le projet de télémédecine en 1998, une demande a été soumise au Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) pour utiliser la vidéo en temps réel pour faciliter l'accès aux services et leur prestation entre les banlieues périphériques rurales et Whitehorse et entre Whitehorse et des centres situés à l'extérieur du territoire, en Colombie-Britannique et en Alberta.

En avril 1998, le ministère de la Santé et des Affaires sociales et le ministère des Services gouvernementaux du Yukon, en collaboration avec Northwestel, ont reçu une réponse positive à leur demande envoyée au réseau canadien pour l'avancement de la recherche, de l'industrie et de l'enseignement (Canarie) pour financer des projets pilotes de télémédecine à Dawson City, Ross River et Teslin afin de permettre au ministère de vérifier si la télémédecine améliore l'accès aux services médicaux et, ainsi, accroît la qualité des soins. Le projet pilote a débuté en juillet 1998 et s'est terminé le 30 juin 1999.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Le nombre médecins, de spécialistes et de dentistes suivants dispensent des services au Yukon :

Omnipraticiens/médecins de famille	41
Spécialistes	5
Dentistes	9

Les spécialistes suivants fournissent des services dans le cadre du programme de médecins spécialistes itinérants :

Ophtalmologiste	1
Oncologues	3
Orthopédistes	4
Médecin à l'interne	1
Oto-rhino-laryngologistes	2
Neurologue	1
Rhumatologue	1
Dermatologue	1
Dentiste	1

Les consultations des spécialistes itinérants se tiennent de une à huit fois par année, selon la demande pour des services et la disponibilité des spécialistes. En août 2000, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient les suivantes :

Ophtalmologie	de 3 à 6 mois
Orthopédie	6 mois
Oto-rhino-laryngologie	de 8 à 10 mois
Chirurgie dentaire	de 2 à 3 mois

La plupart des médecins du Yukon se trouvent à Whitehorse. À l'extérieur de Whitehorse, seules deux collectivités rurales ont des médecins résidents rémunérés à l'acte : Dawson City et Watson Lake. Les médecins contractuels desservent les collectivités de Faro et, plus récemment (février 2000), de Mayo. Le recours à un médecin contractuel supplémentaire est actuellement à l'étude.

Un Programme de médecins itinérants offre l'accès à des services médicaux assurés à dix collectivités rurales et éloignées. La fréquence des consultations itinérantes est fonction de la demande et de l'utilisation. Les médecins qui fournissent des services itinérants sont indemnisés pour le temps de pratique perdu, le kilométrage, les repas et l'hébergement

Le Programme d'assurance-déplacements aide les résidents admissibles à assumer le coût du transport médicalement nécessaire à partir d'une région rurale pour accéder aux services médicaux et hospitaliers qui ne sont pas disponibles localement.

Le ministère de la santé et des affaires sociales et la *Yukon Medical Association* œuvrent de concert à des stratégies qui combleront les besoins actuels en médecins et en médecins suppléants au Yukon. Plusieurs options sont à l'étude.

5.4 Rémunération des médecins

Le ministère de la santé et des affaires sociales négocie un mandat du gouvernement du Yukon avant de pouvoir négocier avec la *Yukon Medical Association* (YMA). La YMA et le gouvernement nomment chacun des membres de l'équipe de négociation. Ces derniers se réunissent jusqu'à ce qu'ils en arrivent à un accord. L'équipe de négociation de la YMA demande aux membres de la YMA d'approuver le projet d'entente. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

Les plus récentes négociations se sont terminées le 14 décembre 1999. Le protocole d'entente est en vigueur du 1er avril 1999 au 31 mars 2002.

La *Yukon Health Care Insurance Plan Act* et le *Yukon Health Care Insurance Regulations* régissent le paiement des services médicaux et de dentisterie assurés.

Le système de rémunération à l'acte rembourse la majeure partie des services médicaux et de dentisterie assurés fournis aux résidents. Actuellement, deux médecins en régions rurales sont rémunérés sur une base contractuelle.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la *Yukon Hospital Corporation* (*Whitehorse General Hospital*) par l'entremise d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien (F et E) et des immobilisations sont négociés par rapport aux exigences opérationnelles et de l'utilisation prévue pour les années antérieures. L'accord de contribution conclu pour trois ans actuellement en vigueur prendra fin le 31 mars 2001.

En plus du financement des frais de F et E et des immobilisations prévues dans l'accord, des dispositions prévoient que les hôpitaux présentent des demandes de soutien financier supplémentaire pour mettre en oeuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul le *Whitehorse General Hospital* reçoit des fonds par l'entremise d'accords de contribution. L'hôpital pavillonnaire, tous les postes de soins infirmiers et les centres de santé sont financés à partir du budget du gouvernement du Yukon.

La *Hospital Insurance Services Plan Act* et le *Hospital Insurance Services Plan Regulations* régissent les paiements versés par le régime d'assurance-santé aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés.

Cette réglementation établit le cadre législatif régissant le versement de montants correspondant aux coûts des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du territoire du Yukon a tenu compte des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans son Budget annuel des dépenses et dans la publication de ses comptes publics.

7.0 Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires sont offerts au *Maccauiay Lodge* (Whitehorse). L'établissement fournit des soins 24 heures sur 24. Il est complètement doté en personnel professionnel et para-professionnel. Le *MacDonald Lodge*, à Dawson City, offre des services de soins infirmiers entre 9 h et 17 h. Seuls des services de soins personnels sont offerts en dehors de ces heures. Après les heures d'ouverture, des services médicaux sont offerts par le poste de soins infirmiers communautaires.

Des services de soins infirmiers à domicile sont offerts par le *Thomson Centre*. Cet établissement fournit les meilleurs soins de longue durée au Yukon, y compris des services extensifs de soins prolongés jusqu'à ce que l'état des malades nécessitent des services de soins actifs. Les malades sont alors transférés au *Whitehorse General Hospital*. Des services

de soins infirmiers à domicile sont aussi fournis aux malades en attente d'une admission au *Thomson Centre* (où il n'y a aucun lit de libre) au même taux que celui demandé par ce centre, soit 21 $ par jour.

En outre, le Programme de soins à domicile aide les Yukonnais qui ne sont pas complètement capables de prendre soin d'eux-mêmes à domicile. Le Programme prévoit des services communautaires de visites à domicile permettant d'encourager l'autonomie du patient et d'aider la famille. Il encourage aussi la participation de la collectivité, ce qui permet aux patients de demeurer chez eux en toute sécurité.

En plus des services décrits dans les sections précédentes, les services suivants sont offerts aux résidents admissibles du Yukon :

Le Programme de prestations versées aux malades chroniques et aux personnes handicapées – offre des prestations aux résidents du Yukon atteints d'une maladie chronique ou d'un grave handicap fonctionnel. Couverture des médicaments d'ordonnance et des fournitures et pièces d'équipement médico-chirurgicaux nécessaires.

Le Programme d'assurance-médicaments et programme des avantages complémentaires – aide les aînés inscrits à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des services de l'ouïe et des fournitures et pièces d'équipement médico-chirurgicaux.

Le Programme d'assurance-déplacements – aide les résidents admissibles du Yukon à assumer le coût du transport urgent ou non urgent médicalement nécessaire par voie aérienne ou terrestre.

Le Programme de soins de la vue et d'assurance-médicaments pour enfants – aide les familles à faible revenu à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des examens de la vue et des lunettes d'ordonnance aux personnes de moins de 18 ans.

La santé publique – fait la promotion de la santé et du bien-être partout sur le territoire par l'entremise de divers programmes de prévention et d'éducation.

Le programme de services de transport par ambulance – assure la stabilisation de l'état de santé et le transport des personnes malades ou blessées du lieu de l'accident à l'établissement de santé le plus près en mesure de dispenser des soins du niveau requis.

Territoires du Nord-Ouest

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Dans les Territoires du Nord-Ouest, le régime d'assurance-santé porte le nom de régime de soins de santé; il comprend le régime de soins médicaux et le régime d'assurance-hospitalisation. Le régime de soins médicaux est placé sous la responsabilité du Directeur de l'assurance-maladie, lequel est nommé en vertu de la *Medical Care Act*. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils d'administration nommés en vertu de la *Hospital Insurance and Health and Social Services Act*.

Le régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest est assujetti aux dispositions de la *Medical Care Act* et de la *Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act*. Ces lois ont été adoptées en 1988.

Le Directeur de l'assurance-maladie doit fournir les services décrits en détail dans la *Medical Care Act*. Les responsabilités du ministre sont exposées dans la *Health Insurance and Health and Social Services Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest doit nommer un Directeur des soins médicaux qui veillera à l'application de la *Medical Care Act* et de son règlement. Le ministre doit également désigner les membres du conseil d'administration des établissements des Territoires du Nord-Ouest. Le président est nommé à titre amovible, tandis que le mandat des autres membres est de trois ans. Les comptes des conseils d'administration doivent être vérifiés chaque année.

Les comptes des conseils d'administration font l'objet d'une vérification annuelle. Le président de chaque conseil d'administration rencontre régulièrement le ministre et profite de cette occasion pour communiquer de l'information non financière.

1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime de soins médicaux sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Vérificateur général du Canada est chargé de vérifier les paiements effectués dans le cadre du régime de soins médicaux. Les comptes de chaque conseil d'administration doivent être vérifiés annuellement par un vérificateur désigné par le ministre en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu des *Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act and Regulations*. Au 31 mars 2000, quatre hôpitaux et 28 centres de santé fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes dans les Territoires du Nord-Ouest.

Une gamme complète de services hospitaliers assurés sont fournis dans les Territoires du Nord-Ouest. Les conseils d'administration sont habilités à fournir des services supérieurs à ceux jugés comme étant médicalement nécessaires, bien que de tels services ne soient pas couverts par les régimes d'assurance.

Les services assurés aux patients hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils existent; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services dispensés par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital; les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent : les analyses en laboratoire, les radiographies et leurs interprétations, quand ils sont requis par un médecin et dispensés par le service de consultation externe d'un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Le ministre ajout de services hospitaliers assurés à la liste des services couverts. Il appartient également au ministre de décider s'il y a lieu de recourir à une consultation publique.

Les services qui ne sont pas disponibles dans les Territoires du Nord-Ouest sont fournis par les hôpitaux d'autres provinces ou territoires.

2.2 Services médicaux assurés

La *Medical Care Act* et le règlement sur les soins médicaux prévoient la prestation de services médicaux assurés dans les Territoires du Nord-Ouest. Les médecins en titre sont les seuls praticiens autorisés à fournir des services médicaux assurés dans les Territoires du Nord-Ouest. Les médecins doivent être inscrits au Collège des médecins et chirurgiens et doivent être autorisés à exercer leur profession dans les Territoires du Nord-Ouest. Bien que les médecins puissent choisir de se retirer du régime de soins médicaux dans les Territoires du Nord-Ouest, aucun d'eux ne l'a fait au cours de l'exercice 1999-2000.

Une vaste gamme de services médicaux nécessaires sont offerts dans les Territoires du Nord-Ouest. Si un service est considéré comme étant assuré, aucune restriction ne s'applique.

Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime de soins médicaux, notamment : les services diagnostiques et thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux nécessaires; les soins obstétriques complets; les examens de la vue; les consultations chez un spécialiste même quand le patient n'a pas été envoyé par un omnipraticien.

De nouveaux services médicaux peuvent être ajoutés à la liste des services assurés offerts dans les Territoires du Nord-Ouest après négociation entre l'Association des médecins des Territoires du Nord-Ouest et le Directeur de l'assurance-soins médicaux. Ce processus est géré par le Directeur de l'assurance-soins médicaux qui détermine s'il y a lieu de recourir à des consultations publiques.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services ne sont assurés que lorsqu'il s'agit d'interventions de chirurgie buccale et maxillo-faciale ou d'interventions dues à une blessure à la mâchoire ou à une maladie de la bouche ou de la mâchoire. Seuls les chirurgiens stomatologistes peuvent présenter des demandes de paiement.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Certains services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest. Ce sont : les services médico-légaux; les examens effectués à la demande d'un tiers; les services non nécessaires du point de vue médical; les immunisations de groupe; la fécondation *in vitro*; les services dispensés par un médecin aux membres de sa famille; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire; les services dentaires autres que les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale nommément désignés; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes; les lunettes et les appareils spéciaux; les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropratique, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins; les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été dispensés dans un établissement de consultation externe assuré; les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale; les examens généraux annuels courants, dans les cas où il n'y a pas de diagnostic définissable.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Medical Care Act* est la loi qui définit l'admissibilité des résidents des Territoires du Nord-Ouest au régime d'assurance-santé du territoire.

Pour définir l'admissibilité, on a recours à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et aux directives d'inscription au régime de soins médicaux des Territoires du Nord-Ouest. Aucune modification en matière d'admissibilité n'a été apportée au cours de l'exercice 1999-2000.

Le régime de soins médicaux des Territoires du Nord-Ouest exclut les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la GRC, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier du gouvernement fédéral et les résidents dont la période d'attente minimale n'est pas achevée.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, les personnes doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (visas, documents d'immigration, etc.). Les personnes doivent être en mesure de fournir une preuve de résidence sur demande. Au mieux, l'inscription devrait avoir lieu avant la date d'admissibilité réelle du résident. Le renouvellement des cartes de soins de santé est effectué tous les deux ans. L'inscription est directement liée à l'admissibilité au régime. Les demandes de remboursement présentées par les résidents dont l'inscription n'est pas valide ne sont pas acceptées.

Au 31 mars 2000, environ 41 000 résidents étaient inscrits au régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest.

Le régime de soins de santé ne prévoit aucune possibilité de retrait officielle pour les patients.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime si leur visa est valide pour une période d'au moins 12 mois.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

L'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité fixe un délai de résidence aux personnes assurées qui déménagent d'une province ou d'un territoire pour s'installer dans les Territoires du Nord-Ouest. En général, un résident n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois et, dans certains cas, avant le premier jour du treizième mois.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest définissent les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des Territoires du Nord-Ouest sont couverts par l'assurance-santé pendant la période où ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire. Les personnes qui, pour diverses raisons (travail, vacances, détachements, etc.), prévoient s'absenter des Territoires du Nord-Ouest pour une période d'un an ou moins demeurent assurées pendant un maximum d'une année. Lorsqu'une personne est autorisée à s'absenter temporairement des Territoires du Nord-Ouest, le coût d'une année des services assurés reçus dans d'autres provinces ou territoires est entièrement payé.

Les Territoires du Nord-Ouest ont signé des ententes de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux assurés avec les autres provinces et territoires.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les directives d'inscription au régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest exposent les critères qui définissent la protection pendant les séjours à l'étranger. Le régime couvre les personnes qui s'absentent du pays pour une raison ou pour une autre pendant une période pouvant aller jusqu'à un an.

L'alinéa 11. (b) (ii) de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que les résidents peuvent présenter les reçus des coûts engagés pour des services fournis à l'étranger. Le remboursement est établi d'après le montant qu'aurait versé les Territoires du Nord-Ouest pour les mêmes services.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable est requise pour les services non assurés ou les services fournis dans des établissements privés au Canada et à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les Territoires du Nord-Ouest offrent à tous leurs résidents un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales et un programme de prestations complémentaires de santé destinés à réduire les entraves économiques. L'article 14 de la *Medical Care Act* stipule que la surfacturation n'est pas autorisée.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

L'accès aux lits ne constitue pas un problème dans les Territoires du Nord-Ouest. S'il en était autrement, les résidents seraient transportés dans un autre établissement pouvant offrir les lits appropriés. Au 31 mars 2000, les hôpitaux et les postes infirmiers des Territoires du Nord-Ouest ont fait face à certains problèmes de dotation en personnel à court terme qui ont eu une incidence négative sur les activités. Cependant, grâce au programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a été maintenu.

On reconnaît que les établissements des Territoires du Nord-Ouest ne sont pas en mesure d'offrir une vaste gamme de services médicaux, de chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales a été instauré pour permettre aux résidents de recevoir les services nécessaires dans les établissements qui les offrent.

L'expansion du projet de télésanté est l'une des mesures ayant été prises au cours de l'exercice 1999-2000 pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés. Les listes d'attente pour les services hospitaliers assurés ne sont pas longues dans les Territoires du Nord-Ouest. En conséquence, la réduction du délai d'attente n'a pas fait partie des projets ciblés.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les habitants des Territoires du Nord-Ouest ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales permet aux résidents d'accéder aux services médicaux; le projet de télésanté a permis d'accroître l'accès aux services spécialisés des résidents de régions isolées.

5.4 Rémunération des médecins

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et la *Northwest Territories Medical Association* ont conclu une entente sous forme de règlement d'application de la *Medical Care Act*, qui a maintenant force de loi. Ce règlement vise la période débutant en avril 1997 et se terminant le 31 mars 2000.

Les paiements versés aux médecins des Territoires du Nord-Ouest ont été estimés à 16 734 947 $ en 1998-1999; 3 550 515 millions de dollars ont été versés pour les services médicaux dispensés à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest pour un montant total de 20 300 838 $.

La rémunération à l'acte des médecins est établie à la suite de négociations entre la *Northwest Territories Medical Association* et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le Directeur de l'assurance-soins médicaux et ses représentants négocient au nom du Ministère, et la *Northwest Territories Medical Association* choisit, parmi ses membres, les personnes qui feront partie de l'équipe de négociation.

La rémunération des médecins est assujettie à la *Medical Care Act* et à son règlement d'application dans les Territoires du Nord-Ouest. La rémunération des médecins se fait selon la formule de rémunération à l'acte et par rémunération à contrats.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux hôpitaux sont effectués conformément aux accords de contribution conclus entre les conseils d'administration et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les sommes allouées aux termes des accords sont basées sur les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et sur le niveau de service fourni par l'hôpital.

Bien qu'il n'existe actuellement aucune loi qui régisse les paiements aux établissements fournissant des services hospitaliers assurés, certains passages de la *Hospital Insurance and Health and Social Services Act* et de la *Loi sur la gestion des finances publiques* sont appliqués au processus de paiement. Aucune modification n'a été apportée au processus au cours de l'exercice 1999-2000. Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest sont financés au moyen d'un budget global.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Au cours de l'exercice 1999-2000, les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas produit de documents publics, n'ont pas fait de publicité et n'ont pas produit de documents de promotion qui auraient permis de reconnaître de manière adéquate les contributions financières versées par le gouvernement fédéral.

7.0 Services complémentaires de santé

Les soins dans les maisons de repos sont assurés dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation et fournis pour certains lits désignés d'établissements d'Inuvik, de Yellowknife, de Hay River et de Fort Smith. Lorsque les services requis ne sont pas offerts dans les Territoires du Nord-Ouest, les clients sont logés dans des établissements de soins dans le sud du Canada. En outre, neuf programmes coordonnés de soins à domicile, dont la prestation est assurée par les conseils d'administration, sont offerts partout aux Territoires du Nord-Ouest.

Nunavut

NOTA : Le territoire du Nunavut a été établi le 1er avril 1999. Les lois régissant l'administration de la santé et des services sociaux dans les Territoires du Nord-Ouest s'appliquaient toujours aux programmes dont il est fait mention dans le présent rapport.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé du Nunavut, qui couvrent notamment les services médicaux et hospitaliers sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La *Medical Care Act* (1988) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. La *Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act* (1988) rend possible l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de santé. Cette loi permet également au ministère de la Santé d'établir des conseils de gestion qui administreront les services de santé et les services sociaux à l'échelon régional. En 1999-2000, le Nunavut a mis en application des règlements régissant trois conseils régionaux : Baffin, Kitikmeot et Keewatin.

1.2 Liens hiérarchiques

Le directeur des soins médicaux, lequel voit à la gestion du régime de soins médicaux, est nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Il relève de ce dernier et s'assure que le rapport à déposer chaque année devant l'assemblée législative est livré au ministre. Étant donné que le territoire en est à sa première année d'existence, les rapports pour 1999-2000 ne sont pas terminés.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Financial Administration Act of Nunavut*. Son mandat est de vérifier les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux. Chaque conseil de gestion doit faire vérifier ses comptes et présenter les résultats de cette vérification au Ministère dans les trois mois suivant la fin de l'exercice.

Le vérificateur général du Canada doit vérifier chaque année les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement. La vérification la plus récente, visant l'exercice finissant au 31 mars 2000, est en cours. Le travail sur place devrait être terminé d'ici la fin de l'exercice.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont dispensés au Nunavut en vertu des articles 2 à 4 de la *Hospital and Social Services Administration Act and Regulations* (1988).

En 1999-2000, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 26 établissements situés sur l'ensemble du territoire, à savoir un hôpital général à Iqaluit et 25 centres de santé communautaire. L'hôpital d'Iqaluit est le seul établissement de soins actifs au Nunavut offrant une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes, tels que

définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les centres de santé communautaire offrent des services de santé publique et de salles d'urgence et certains services de nuit (observations). Le nombre de lits d'accouchement est limité au Nunavut. La majorité des services fournis aux malades hospitalisés sont dispensés à l'hôpital d'Iqaluit. Le Ministère délivre les permis d'exercer et les autorisations de même qu'inspecte et supervise les établissements de santé et de services sociaux du territoire.

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie;
- l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils existent;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- les services dispensés par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital;
- les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent :

- les examens de laboratoire et les radiographies, y compris les interprétations, quand ils sont requis par un médecin et dispensés par un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé;
- les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie fournis par un hôpital agréé;
- les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert pars un hôpital agréé.

Les trois conseils régionaux décident d'ajouter des services assurés dans leurs établissements d'après la disponibilité de l'équipement et des ressources adéquates et la faisabilité globale, conformément aux lignes directrices financières établies par le Ministère et le conseil de gestion financière. Aucun nouveau service n'a été ajouté en 1999-2000 à la liste des services hospitaliers assurés.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe (1) de l'article 3 de la *Medical Care Act* et l'article 3 des *Medical Care Regulations* prévoient la prestation de services de médecin assurés au Nunavut.

Les médecins en titre sont les seuls professionnels de la santé autorisés à fournir des services de médecin assurés au Nunavut. Le médecin doit être membre en règle du Collège royal des médecins et chirurgiens et doit être autorisé à exercer au Nunavut. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest gère ce processus pour les médecins du

Nunavut. Onze médecins vivent actuellement au Nunavut et dispensent des services aux malades du territoire. Les spécialistes en visite, les omnipraticiens et les médecins suppléants peuvent également, par l'entremise d'accords conclus par chaque conseil, dispenser des services de médecin assurés.

Les médecins peuvent choisir de recevoir leurs honoraires autrement que par l'entremise du régime de soins médicaux, conformément à l'alinéa (a) ou (b) du paragraphe 2 de l'article 12, en avisant le directeur par écrit de cette décision. Ce choix peut être révoqué le premier jour du mois suivant, moyennant l'envoi d'une lettre à cet effet au directeur. En 1999-2000, aucun médecin n'a fait ce choix.

Les services de médecin assurés regroupent tous les services médicalement nécessaires rendus par des médecins. Lorsque les services assurés ne peuvent être fournis au Nunavut, le malade est renvoyé dans une autre province ou territoire où il pourra recevoir le service assuré. Aucun service n'a été ajouté en 1999-2000; quelques nouveaux codes de rémunération ont toutefois été créés.

L'ajout d'un service de médecin à la liste des services assurés au Nunavut par le régime de soins médicaux se fait selon le processus utilisé par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.), dans le cadre duquel le directeur du régime des T.N.-O. négocie les ajouts ou les retraits de la liste des services assurés avec la *N.W.T Medical Association*.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes fournissant des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime de soins médicaux du territoire doivent détenir un permis d'exercer, conformément à la *Dental Professions Act*, et reçoivent des numéros à apposer aux factures présentées aux responsables du régime concernant la prestation de services dentaires assurés. En 1999-2000, trois chirurgiens stomatologistes ont reçu l'autorisation de facturer des services dentaires assurés au régime de soins médicaux du Nunavut.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire qui figurent dans les règlements et qui nécessitent des ressources accessibles uniquement dans des hôpitaux pour être accomplis (p. ex., chirurgie pour corriger un prognathisme).

L'ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services non assurés fournis par des médecins comprennent les suivants :

- examens physiques annuels;
- chirurgies esthétiques;
- services considérés comme expérimentaux;
- médicaments d'ordonnance;
- examens physiques exécutés à la demande d'un tiers;
- services d'optométrie;
- services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et traitements d'acupuncture;
- services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement qui n'offre pas de services de consultation externe assurés (hôpital).

Les services non assurés fournis en milieu hospitalier comprennent les suivants :

- frais hospitaliers excédant le taux de l'hébergement en salle commune pour une chambre privée ou semi-privée;
- services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique;
- services considérés comme expérimentaux;
- frais d'ambulance (sauf pour les transferts entre les hôpitaux);
- services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- services de réadaptation pour les alcooliques et les toxicomanes, sauf ceux pour lesquels une autorisation préalable a été consentie.

L'hôpital facture 2 180,25 dollars par jour pour les services fournis aux étrangers qui y séjournent.

Le gouvernement du Nunavut s'inspire des politiques et des procédures des autres provinces ou territoires lorsqu'il est question de fournir des services à des résidents du Nunavut qui peuvent entraîner des frais supplémentaires. Toute demande ou plainte est traitée individuellement par la province ou le territoire concerné.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité au régime d'assurance-santé du Nunavut est brièvement définie dans les paragraphes (1), (2) et (3) de l'article 3 de la *Medical Care Act*. Le Ministère respecte également l'*Entente interprovinciale en matière d'admissibilité et de transférabilité* et les lignes directrices internes.

Aux termes de ces dispositions, tous les résidents du Nunavut sont admissibles à des services de santé assurés et y ont droit en vertu de modalités uniformes. Le définition du mot « résident » est la suivante : personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et résidant habituellement au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans le territoire. Les demandes de participation au régime sont acceptées et des documents à l'appui sont exigés pour confirmer le statut de résident. Les résidents admissibles reçoivent une carte de santé comportant un numéro distinct. La protection débute généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée dans le territoire, mais une couverture peut être accordée à partir du tout premier jour dans certaines circonstances (p. ex., nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture).

Les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne peuvent participer au régime. Ces groupes ont droit à la protection au premier jour de leur libération. Les personnes qui résident au Nunavut et qui sont temporairement absentes d'une autre province ou d'un autre territoire demeurent inscrites au régime de soins médicaux de leur province ou territoire d'origine pendant une durée maximale d'un an.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et des documents à l'appui. Une carte de santé est délivrée à chaque résident. Le Nunavut a décidé que le renouvellement se ferait tous les deux ans, comme aux T.N.-O., mais cette décision fera l'objet d'une réévaluation. Aucune prime n'est exigible. Même si la protection est

liée à l'inscription, tous les efforts sont consentis pour que les résidents admissibles soient couverts lorsqu'ils ont besoin de la protection.

Au 31 mars 2000, environ 27 000 résidents étaient inscrit au régime d'assurance-santé du Nunavut. Aucune disposition ne prévoit la possibilité, pour les résidents, de se retirer des régimes d'assurance-santé.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Les détenteurs de visas d'emploi ou de visas d'étudiant valides durant moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les détenteurs de permis ministériels (sauf exception) ne sont pas admissibles au régime. Lorsqu'une situation particulière se présente, une évaluation individuelle est effectuée.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

En général, le délai de résidence précédant la couverture est, pour les personnes arrivant d'ailleurs au Canada, d'une durée de trois mois ou, encore, la protection commence le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans le territoire ou le premier jour du treizième mois, lorsqu'une personne qui a été temporairement absente de sa province ou de son territoire d'origine décide d'établir sa résidence permanente au Nunavut.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Le paragraphe (2) de l'article 4 de la *Medical Care Act* stipule que les services médicaux sont assurés lorsqu'ils sont fournis à l'extérieur du territoire, mais au Canada. La *Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act*, alinéas 5 d) et 28(1)j) et o), donne au ministre l'autorité de conclure des accords avec d'autres provinces ou territoires concernant la prestation de services de santé aux résidents du Nunavut et d'établir les modalités de paiement.

Les personnes qui étudient à l'extérieur du Nunavut doivent aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour s'assurer une couverture continue. Les demandes de prolongement doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les absences temporaires d'au plus un an pour le travail, des vacances ou d'autres raisons sont approuvées par le directeur, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences qui excèdent douze mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la protection durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités de l'*Entente interprovinciale en matière d'admissibilité et de transférabilité* signée le 1er janvier 1998.

Le Nunavut participe à la facturation réciproque des médecins et des hôpitaux; des accords ont été conclus avec d'autres provinces et territoires à cet effet. Le paiement des services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du territoire à des malades hospitalisés ou externes admissibles qui habitent au Nunavut est accordé en vertu des accords de facturation

réciproque des hôpitaux. Les coûts élevés de certains actes médicaux, les frais pour les accouchements et les coûts des consultations externes sont déterminés par le comité de coordination sur la facturation réciproque. Un accord spécial a été conclu entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Reposant sur une approche axée sur le financement global, cet accord permet au Stanton Hospital de Yellowknife de fournir des services aux résidents du Nunavut, à l'hôpital et par l'entremise de visites de spécialistes.

Le paiement des services de médecin assurés fournis à l'extérieur du territoire aux résidents du Nunavut admissibles est versé en vertu des accords de facturation réciproque. Le paiement est délivré à la province d'accueil aux taux établis par cette dernière.

En 1999-2000, les réclamations payées pour des services hospitaliers dispensés hors territoire totalisaient 14 608 302,66 dollars.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Le paragraphe (3) de l'article 4 de la *Medical Care Act* stipule que les services médicaux sont assurés lorsqu'ils sont fournis à l'extérieur du Canada. Les alinéas 28(1)j) et o) de la *Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act* donne au ministre l'autorité d'établir les modalités de paiement pour des services fournis aux résidents du Nunavut à l'extérieur du Canada. Les personnes ont droit à une couverture durant une période maximale d'un an lorsqu'elles s'absentent temporairement du pays, peu importe la raison, mais doivent toutefois présenter un avis écrit au préalable. Lorsque les résidents sont renvoyés à l'extérieur du pays pour recevoir des services (actes hautement spécialisés qui ne peuvent être fournis ni au Nunavut ni au Canada), le territoire assume la totalité des frais. Concernant les services non urgents ou qui n'ont pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement des frais hospitaliers s'établit à 1 396,00 $ par jour et à 110,00 dollars par consultation externe.

Les services de médecin assurés fournis à des résidents admissibles temporairement absents du pays sont payés à des taux équivalents à ceux payés pour les mêmes services dans le territoire. Le remboursement est effectué au nom de l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour la prestation de services facultatifs dans des établissements privés canadiens ou dans tout établissement situé à l'extérieur du pays.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 14 de la *Medical Care Act* interdit la surfacturation, sauf si le médecin a pris une décision à cet effet qui soit encore valide. L'accès aux services assurés repose sur des modalités uniformes. Pour régler le problème posé par la distance et les frais de déplacement, le gouvernement du Nunavut fournit une aide au déplacement pour des raisons médicales. Des services d'interprétation sont également offerts aux malades lorsqu'ils sont nécessaires en milieu médical.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le Baffin Regional Hospital d'Iqaluit est le seul établissement hospitalier de soins actifs au Nunavut. En 1999-2000, il disposait en moyenne de 16 lits dotés en personnel pour les services de soins actifs, de réadaptation et de soins aux malades chroniques. Son personnel compte 84 personnes, dont 29 infirmières. L'établissement fournit des services aux malades hospitalisés et externes de même que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins locaux dispensent des services d'urgence en rotation. Les services médicaux fournis comprennent les soins ambulatoires, les consultations externes, les services de soins intensifs, le traitement des problèmes respiratoires et cardiovasculaires, les services d'obstétrique de même que le traitement des saignements gastro-intestinaux et de l'hypertension. Certains services chirurgicaux sont offerts : soins orthopédiques mineurs, gynécologie, pédiatrie, troubles gastriques généraux, trauma (urgence) et ORL/oto-rhino-laryngologie. Les malades qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont renvoyés dans des centres à l'extérieur du territoire. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont limités à Iqaluit. Le Nunavut a conclu des accords spéciaux avec des établissement d'Ottawa, de Toronto, de Churchill (Manitoba), de Winnipeg, d'Edmonton et de Yellowknife concernant la prestation de services assurés aux malades qui sont renvoyés dans ces villes.

Des soins intermédiaires sont offerts au St. Theresa's Hospital. L'établissement fournit des soins 24 heures sur 24 et est doté d'un personnel professionnel et paraprofessionnel complet. Il fournit des services de soins infirmiers entre 7 h et 19 h. Seuls les services de soins personnels sont dispensés après ces heures. Les consultations médicales dispensées après les heures de travail le sont par le poste de soins infirmiers communautaire.

Les services de soins infirmiers à domicile sont offerts dans les foyers pour personnes âgées d'Iqaluit et d'Atviat. Ces établissements fournissent le niveau le plus élevé de soins de longue durée au Nunavut, des services de soins complémentaires aux malades chroniques aux services de soins actifs (niveaux 4 et 5). Les malades nécessitant des soins actifs sont transférés à l'hôpital le plus près.

À l'extérieur du Baffin Regional Hospital, des services de consultation externe et d'urgence 24 heures sur 24 sont offerts par les 25 centres de santé des communautés.

Même si la dotation en infirmières et en autres professionnels de la santé n'a pas atteint les niveaux désirés, tous les services de base ont été dispensés en 1999-2000. Le Nunavut cherche à accroître les ressources dans tous les secteurs.

L'utilisation des services de télésanté représente une étape importante qui a permis d'améliorer l'accès aux services hospitaliers, médicaux, sanitaires et sociaux au Nunavut. Des projets pilotes sont en cours dans trois communautés. Le but à long terme est d'intégrer la télésanté au système de prestation de soins primaires, de faciliter l'accès à une gamme plus vaste d'options de service destinés aux résidents, aux fournisseurs et aux communautés du Nunavut de même que d'utiliser les ressources en place plus efficacement.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Outre l'aide aux déplacements pour des raisons médicales et les initiatives en télésanté, le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre de régions ou d'établissements sanitaires afin de fournir des services médicaux et des services de spécialistes et d'autres professionnels de la santé en visite. Lorsque l'équipement et les services ne sont pas

disponibles au Nunavut, les malades sont renvoyés dans des centres à l'extérieur du territoire. En 1999-2000, 85 omnipraticiens et médecins de famille et 79 spécialistes et dentistes ont dispensés des services au Nunavut.

Les services spécialisés suivants sont fournis dans le cadre du programme de visites de spécialistes : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, oto-rhino-laryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et chirurgie dentaire. Des cliniques de spécialistes en visite sont ouvertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

5.4 Rémunération des médecins

Deux médecins rémunérés à l'acte résident au Nunavut et sont payés de la même façon que les médecins des Territoires du Nord-Ouest. Étant donné que ces médecins assument les dépenses d'un cabinet situé dans une communauté isolée, ils reçoivent 20 % de plus que les montants indiqués en annexe de la *Medical Care Act* (article 7). Les frais sont négociés entre la *N.W.T. Medical Association* et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres médecins travaillent à un taux quotidien établi dans un marché ou sont salariés. Les spécialistes en visite sont payés à un taux quotidien, d'après les modalités de leurs marchés.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Nunavut finance le Nunavut Hospital et les centres de santé communautaire par l'entremise de contributions globales accordées aux conseils régionaux. Les paiements sont versés à l'hôpital et aux centres de santé communautaire une fois par mois, par le ministère de la Santé et des Services sociaux aux trois conseils de gestion. Les accords de contribution actuels sont en vigueur jusqu'au 31 mars 2000.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Aucun document n'a été produit pour 1999-2000.

7.0 Services complémentaires de santé

Le programme de soins à domicile aide les résidents du Nunavut qui ne sont pas pleinement en mesure de prendre soin d'eux-mêmes à la maison. Un service de visites communautaires favorise l'autonomie et soutient l'engagement des membres de la famille et de la communauté, de façon à permettre aux personnes de demeurer à leur domicile en toute sécurité.

Annexe A

Introduction

La présente annexe apparaît pour la première fois dans ce *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé* pour 1999-2000. Elle expose le contexte de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé* et offre une perspective nationale pour l'étude des tendances concernant la prestation et le financement des services de santé assurés visés par cette loi.

L'annexe contient des données statistiques sur le coût et l'utilisation des services hospitaliers et médicaux assurés, dans chaque province et chaque territoire, durant quatre années consécutives : 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999 et 1999-2000 (chacune de ces années financières se terminant au 31 mars).

Toute l'information a été communiquée par les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Pour des besoins d'uniformité, les provinces et les territoires ont suivi un modèle statistique, que Santé Canada a partagé avec les représentants provinciaux et territoriaux et qui a été mis au point compte tenu de leurs commentaires.

L'annexe est structurée de la même manière que les descriptions des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux. Elle ne contient pas de section sur le Québec, cette province ayant choisi de ne pas communiquer l'information sous la forme et avec le détail requis par Santé Canada, comme il est expliqué dans l'introduction à la description du régime d'assurance-santé du Québec.

Organisation de l'information

L'information relative à chaque province ou territoire est répartie entre six sous-sections, décrites ci-dessous. Les statistiques disponibles en date de novembre 2000 ont été utilisées. En l'absence de telles statistiques, des estimations ont été produites. Dans certains cas, aucun renseignement n'était disponible, ou la statistique demandée n'était pas pertinente pour la province ou le territoire.

Pour de plus amples renseignements sur certaines données apparaissant dans les tableaux, veuillez consulter la section du présent rapport intitulée *Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux*.

Services hospitaliers reçus dans la province ou le territoire

Cette sous-section vise les services hospitaliers assurés qui ont été dispensés à l'intérieur des frontières de la province ou du territoire, aux résidents de cette province ou de ce territoire ou aux visiteurs des autres provinces et territoires.

Les rubriques sont les suivantes : nombre d'établissements par type; nombre de lits; nombre de départs ou d'admissions; durée moyenne du séjour pour chaque type d'établissement; total des paiements dans la province ou le territoire par catégorie d'établissement; coût quotidien moyen pour chaque type d'établissement; détails des paiements aux établissements privés.

Services hospitaliers reçus à l'extérieur de la province ou du territoire (au Canada)

Cette sous-section vise les services hospitaliers assurés qui ont été dispensés hors de la province ou du territoire de résidence du patient, mais ailleurs au Canada, et payés par la province ou le territoire de résidence. Les rubriques sont les suivantes : nombre total de remboursements effectués pour des services hospitaliers assurés dispensés dans d'autres provinces et territoires; montant total de paiements effectués; paiement moyen.

Services hospitaliers reçus à l'étranger

Il s'agit des services hospitaliers reçus par un résident voyageant à l'extérieur du Canada et payés par la province ou le territoire de résidence. Les rubriques sont les mêmes que pour la section des services hospitaliers reçus à l'extérieur de la province ou du territoire.

Services médicaux reçus dans la province ou le territoire

Cette sous-section vise les services médicaux assurés dispensés dans la province ou le territoire, aux résidents de cette province ou de ce territoire ou aux visiteurs des autres provinces ou territoires du Canada.

Les rubriques sont les suivantes : nombre de médecins participant au régime d'assurance-santé de la province ou du territoire; nombre de services assurés dispensés; total des paiements versés aux médecins, par catégorie de médecin et par catégorie de service; paiement moyen par service médical assuré.

Services de chirurgie dentaire reçus dans la province ou le territoire

Cette sous-section vise les services de chirurgie dentaire assurés dispensés dans la province ou le territoire. Les rubriques sont les suivantes : nombre de professionnels participants (dentistes, chirurgiens-dentistes et chirurgiens stomatologistes); nombre de services dispensés; total des paiements effectués au cours de l'année financière; paiement moyen par service.

Services médicaux reçus à l'extérieur de la province ou du territoire

Cette sous-section vise les services médicaux payés par la province ou le territoire de résidence mais reçus dans une autre province ou un autre territoire. Les rubriques sont les suivantes : nombre de services payés; montant total de paiements effectués; paiement moyen par service.

Terre-Neuve et Labrador

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
- établissements de soins actifs.[1]	34	34	34	34
Nombre total d'établissements	34	34	34	34
2. Nombre de lits dotés en personnel dans les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :				
- lits pour soins actifs;	1 860	1 842	1 814	1 807
- lits pour soins de réadaptation.	38	38	62	57
Nombre total de lits dotés en personnel	1 898	1 880	1 876	1 864
3. Nombre total de lits approuvés dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés par catégorie de lits :				
- lits pour soins actifs;	1 860	1 842	1 814	1 807
- lits pour soins de réadaptation.	38	38	62	57
Nombre total de lits approuvés	1 898	1 880	1 876	1 864
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
- lits pour soins actifs;	68 766	67 385	68 729	66 828
- lits pour soins de réadaptation.	108	54	227	272
Nombre total de radiations	68 874	67 439	68 956	67 100
5. Durée moyenne des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissement:				
- établissements de soins actifs.	8,0	7,9	7,5	7,4
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements :[2]				
- établissements de soins actifs.	431 336 662 $	441 408 824 $	457 065 782 $	509 018 766 $
Total des paiements à tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	431 336 662 $	441 408 824 $	457 065 782 $	509 018 766 $

[1] Les établissements des soins actifs fournissent principalement des services de soins actifs, mais certains d'entre eux fournissent également des services de soins de réadaptation et de soins de longue durée.

[2] Les paiements représentent le financement du plan provincial final fourni aux conseils régionaux de soins de santé dans le but de fournir des services de soins actifs assurés.

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
7. Coût quotidien moyen des services de santé aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
- établissements de soins actifs.	675,00 $	675,00 $	690,00 $	690,00 $
8. Coût quotidien moyen des services de santé aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
- établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés par type d'établissement :				
- établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Nombre d'établissements privés qui fournissent des services de santé assurés :				
- établissements de chirurgie privés;	0	1	1	1
- établissements de diagnostic privés.	0	0	0	0
Total	0	1	1	1
11. Nombre de services de santé assurés fournis :				
- établissements de chirurgie privés;	0	non disponible	non disponible	non disponible
- établissements de diagnostic privés.	0	0	0	0
Total	0	non disponible	non disponible	non disponible
12. Total des paiements :				
- établissements de chirurgie privés;	0	53 808 $	212 990 $	387 030 $
- établissements de diagnostic privés.	0	0	0	0
Total	0	53 808 $	212 990 $	387 030 $

Services hospitaliers rendus hors province (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	1 796	1 970	1 826	1 549
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	22 187	26 293	28 739	25 546
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	11 550 785 $	11 285 682 $	12 037 091 $	10 144 354 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	2 048 471 $	2 656 772 $	3 316 482 $	3 138 582 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	6 431 $	5 729 $	6 592 $	6 549 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	92 $	101 $	115 $	123 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	72	39	42	73
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	366	374	363	260
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	144 887 $	161 364 $	503 043 $	198 072 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	33 298 $	38 985 $	56 614 $	15 626 $
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	2 012 $	2 241 $	6 449 $	2 713 $
24. Paiement moyen pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	91 $	104 $	156 $	60 $

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants :[3]				
- omnipraticiens;	non disponible	524	549	non disponible
- spécialistes;	non disponible	453	470	non disponible
- tous les médecins.	non disponible	977	1 019	non disponible
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
- omnipraticiens;	2 783 000	2 623 000	2 471 000	non disponible
- spécialistes;	2 206 000	2 407 000	2 440 000	non disponible
- tous les médecins.	4 989 000	5 030 000	4 911 000	non disponible
27. Nombre de services médicaux assurés, par type de services :				
- services médicaux;	3 257 000	3 195 000	3 107 000	non disponible
- services de chirurgie;	447 000	487 000	487 000	non disponible
- services de diagnostic;	1 285 000	1 348 000	1 317 000	non disponible
- tous les services médicaux assurés.	4 989 000	5 030 000	4 911 000	non disponible
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins :				
- omnipraticiens;	44 392 000 $	40 956 000 $	41 521 000 $	non disponible
- spécialistes;	61 611 000 $	67 314 000 $	71 640 000 $	non disponible
- tous les médecins.	106 003 000 $	108 270 000 $	113 161 000 $	non disponible
29. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services assurés, par catégorie de services :				
- services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- tous les services médicaux assurés.	106 003 000 $	108 270 000 $	113 161 000 $	non disponible
30. Paiement moyen par service pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :				
- omnipraticiens;	15,95 $	15,61 $	16,80 $	non disponible
- spécialistes;	27,93 $	27,97 $	29,36 $	non disponible
- tous les médecins.	21,25 $	21,52 $	23,04 $	non disponible
31. Paiement moyen par service pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de services :				
- services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- tous les services médicaux assurés.	21,25 $	21,52 $	23,04 $	non disponible

[3] Comprend le nombre de médecins salariés, fondé sur les postes prévus au budget, et les médecins enregistrés comme étant rémunérés à l'acte en date du 31 mars de chaque année. Le nombre de médecins salariés peut inclure des postes qui étaient vacants à la fin de l'année.

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants (c.-à-d., les dentistes ayant reçu des paiements au cours de l'année).	29	25	30	non disponible
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	11 000	10 000	10 000	non disponible
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	335 000 $	309 000 $	374 000 $	non disponible
35. Paiement moyen par service pour des services de chirurgie dentaire assurés.	30,20 $	32,46 $	38,34 $	non disponible

Services médicaux rendus hors province (au Canada)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services payés pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada ou à l'étranger).[4]	168 000	175 000	165 000	non disponible
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada ou à l'étranger).[4]	4 440 000 $	4 306 000 $	4 435 000 $	non disponible
38. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada ou à l'étranger).[4]	26,49 $	24,61 $	26,90 $	non disponible

[4] Comprend les services hospitaliers et les services de consultation externe.

Île-du-Prince-Édouard

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
– établissements de soins actifs;	7	7	7	7
– établissements de soins de longue durée.	2	2	2	2
Nombre total d'établissements	9	9	9	9
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégories :				
- lits pour soins actifs;	470	470	470	470
- lits pour soins de longue durée;	57	57	57	57
- lits pour soins de réadaptation;	20	20	20	20
- lits pour chirurgie d'un jour.	19	19	19	19
Nombre total de lits dotés en personnel	566	566	566	566
3. Nombre total de lits approuvés par les établissements pour fournir des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
- lits pour soins actifs;	470	470	470	470
- lits pour soins de longue durée;	57	57	57	57
- lits pour soins de réadaptation;	20	20	20	20
- lits pour chirurgie d'un jour.	19	19	19	19
Nombre total de lits approuvés	566	566	566	566
4. Nombre de radiations l'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
- lits pour soins actifs;	18 047	18 626	18 644	17 796
- lits pour soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- lits pour soins de réadaptation;	336	347	377	360
- lits pour chirurgie d'un jour (*données non disponibles auprès de l'ICIS).*	6 295	5 911	6 250	6 186
Nombre total de radiations	24 678	24 884	25 271	24 342
5. Séjour moyen des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
- soins actifs;	8,2	8,1	7,9	8,4
– soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– soins de réadaptation.	18	19	19	18

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de réadaptation; - établissements de chirurgie externe; - établissements de services de diagnostic externes; - autres établissements. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	95,1 M $[1]	94,8 M $	101,6 M $	104,0 M $
7. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de réadaptation.	642,63 $	628,35 $	689,81 $	695,72 $
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés, par type d'établissements : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de réadaptation.	sans objet sans objet sans objet	sans objet sans objet sans objet	sans objet sans objet sans objet	sans objet sans objet sans objet
10. Nombre d'établissements de santé privés qui fournissent des services de santé assurés : - établissements de chirurgie privés; - établissements de diagnostic privés. Nombre total d'établissements	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
11. Nombre de services de santé assurés fournis : - établissements de chirurgie privés; - établissements de diagnostic privés. Nombre total d'établissements	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
12. Total des paiements pour : - établissements de chirurgie privés; - établissements de diagnostic privés. Total des paiements	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

[1] <<M>> représente <<millions>>

Services hospitaliers rendus hors province (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	1 893	1 904	2 279	1 812
14. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	11 478	13 341	16 457	14 428
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	11,9 M $	11,3 M $	12,3 M $	10,6 M $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	1,4 M $	1,7 M $	2,6 M $	2,3 M $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	6 286 $	5 935 $	5 397 $	5 850 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	122 $	127 $	158 $	160 $

Services hospitaliers rendu rendus à l'étranger				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	35	48	27	21
20. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	157	211	102	106
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	121 000 $	119 400 $	50 100 $	53 800 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	41 500 $	76 600 $	11 700 $	21 700 $
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	3 457 $	2 488 $	1 856 $	2 561 $
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	264 $	363 $	115 $	205 $

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants :[2]				
– omnipraticiens;	92,3	97,4	97,8	98,6
– spécialistes;	80,1	74,6	71,7	74,0
– tous les médecins.	172,4	172,0	169,5	172,6
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
– omnipraticiens;	838 427	834 740	869 320	848 816
– spécialistes;	386 714	394 912	422 483	415 130
– tous les médecins.	1 225 141	1 229 652	1 291 803	1 263 946
27. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	132 979	141 594	158 836	154 930
– services de chirurgie;	139 338	138 667	146 186	144 947
– services de diagnostic;	114 397	114 651	117 461	115 253
– tous les services médicaux assurés.	1 225 141	1 229 652	1 291 803	1 263 946
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	14,4 M $	14,8 M $	15,0 M $	15,7 M $
– spécialistes;	15,3 M $	15,6 M $	16,2 M $	17,1 M $
– tous les médecins	29,7 M $	30,4 M $	31,2 M $	32,8 M $
29. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :				
- services médicaux;	5,6 M $	5,9 M $	6,2 M $	6,6 M $
- services de chirurgie;	8,0 M $	8,0 M $	8,3 M $	8,8 M $
- services de diagnostic;	1,7 M $	1,7 M $	1,7 M $	1,7 M $
- tous les services médicaux assurés.	29,7 M $	30,4 M $	31,2 M $	32,8 M $
30. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :				
- omnipraticiens;	17 $	18 $	17 $	18 $
- spécialistes;	40 $	40 $	38 $	41 $
- tous les médecins.	24 $	25 $	24 $	26 $
31. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de services :				
- services médicaux;	42 $	42 $	39 $	43 $
- services de chirurgie;	57 $	58 $	57 $	61 $
- services de diagnostic;	15 $	15 $	15 $	15 $
- tous les services médicaux assurés.	24 $	25 $	24 $	26 $

[2] Les nombres indiqués représentent les médecins équivalent temps plein (ETP).

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants (ceux qui ont reçu des paiements au cours de l'année).	1	1	2	2
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	418	411	400	176
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	49 900 $	50 200 $	52 700 $	37 600 $
35. Paiement moyen par service pour des services de chirurgie dentaire assurés.	119 $	122 $	132 $	214 $

Services médicaux rendus hors province (au Canada)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services payés pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada).	57 904	58 667	56 192	56 084
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province.	2,65 M $	2,78 M $	3,09 M $	3,08 M $
38. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés fournis hors province.	46 $	47 $	55 $	55 $

Nouvelle-Écosse

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
– établissements de soins actifs[1];	34	34	34	34
– établissements de soins de longue durée;				
– établissements de soins de réadaptation;				
– établissements de diagnostic et de chirurgie pour malades externes;				
– autres établissements.				
Nombre total d'établissements	34	34	34	34
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :				
– lits pour soins actifs;				
– lits pour soins de longue durée;				
– lits pour soins de réadaptation;				
– lits pour chirurgie d'un jour;				
Nombre total de lits dotés en personnel	3 375	3 226	3 233	3 125
3. Nombre de lits approuvés dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :				
– lits pour soins actifs;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– lits pour soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– lits pour soins de réadaptation;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– lits pour chirurgie d'un jour.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Nombre total de lits approuvés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– lits pour soins actifs;	109 673	108 509	106 932	104 480
– lits pour soins de longue durée;				
– lits pour soins de réadaptation;	897	944	855	792
– en attente d'un autre type de soins;				
– lits pour nouveau-nés;	10 474	9 954	9 720	9 607
– lits pour chirurgie d'un jour.	77 433	86 016	89 069	93 701
Nombre total de radiations	197 667	205 323	206 576	208 580
5. Durée moyenne des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– établissements de soins actifs[2]	7,28	7,8	7,47	7,85
– établissements de soins de longue durée;				
– établissements de soins de réadaptation.	36,74	45,57	44,78	44,98

[1] Des services de soins de longue durée et de soins de réadaptation sont fournis dans les établissements de soins actifs.

[2] Exclut les nouveau-nés.

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements :				
– établissements de soins actifs;	645 026 000 $	701 208 000 $	795 946 000	812 776 800 $
– établissements de soins de longue durée;				
– établissements de soins de réadaptation;				
– établissements de chirurgies pour malades externes;				
– établissements de diagnostics pour malades externes;				
– Autres établissements.				
Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	645 026 000 $	701 208 000 $	795 946 000 $	812 776 800 $
7. Coût quotidien moyen des services de santé aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	435,85 $	435,85 $	391,55 $	391,55 $
– établissements de soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de réadaptation.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
8. Coût quotidien moyen des services de santé aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de réadaptation.	89,00 $	89,00 $	110,00 $	110,00 $
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés par type d'établissement :				
– établissements de soins actifs;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissement de réadaptation.	262,43 $	262,43 $	250,78 $	250,78 $
10. Nombre d'établissements privés qui fournissent des services de santé assurés :				
– établissements de chirurgie privés;	1	1	1	1
– établissements de diagnostic privés.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Total	1	1	1	1
11. Nombre de services de santé assurés fournis :				
– dans des établissements de chirurgie privés;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– dans des établissements de diagnostic privés.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
12. Total des paiements :				
– aux établissements de chirurgie privés;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– aux établissements de diagnostic privés.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services hospitaliers rendus hors province (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	2 173	2 846	2 937	2 816
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	24 521	29 165	29 926	29 799
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	9 100 401 $	9 435 789 $	9 759 249 $	9 704 639 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	2 294 099 $	3 063 938 $	3 472 464 $	3 504 388 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	4 187,94 $	3 315,46 $	3 322,86 $	3 446,25 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	93,56 $	105,06 $	116,04 $	117,60 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	312	246	283	223
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	1 003 664 $	851 689 $	859 642 $	1 053 577 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	3 217 $	3 202 $	3 038 $	4 725 $
24. Paiement moyen pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants :				
– omnipraticiens;	non disponible	non disponible	non disponible	956
– spécialistes;	non disponible	non disponible	non disponible	915
– tous les médecins.	1 826	1 836	1 853	1 871
26. Nombre de services assurés par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
– omnipraticiens;	non disponible	4 443 772	4 334 359	4 619 083
– spécialistes;	non disponible	1 854 669	1 794 146	1 606 842
– tous les médecins.	6 298 935	6 298 441	6 128 505	6 225 925
27. Nombre de services médicaux assurés, par type de services :				
– services médicaux;	non disponible	5 980 487	5 809 644	5 908 054
– services de chirurgie;	non disponible	317 854	320 861	317 871
– services de diagnostic;	non disponible	1 545 203	1 544 529	1 514 011
– tous les services médicaux assurés.	6 854 885	7 843 544	7 673 034	7 739 936
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services assurés, par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	94 476 324 $	91 782 118 $	91 620 190 $	104 587 110 $
– spécialistes;	108 424 409 $	115 725 195 $	118 656 216 $	112 250 617 $
– tous les médecins.	202 900 733 $	207 507 313 $	210 276 406 $	216 837 726 $
29. Total des paiements aux médecins pour des services assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– tous les services médicaux assurés.	267 449 785 $	296 138 155 $	317 320 281 $	350 091 235 $[3]
30. Paiement moyen par service pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	non disponible	20,65 $	21,14 $	22,64 $
– spécialistes;	non disponible	62,40 $	66,14 $	69,86 $
– tous les médecins.	32,21 $	32,95 $	34,31 $	34,83 $
31. Paiement moyen par service pour les services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– tous les services médicaux assurés.	39,02 $	37,76 $	41,36 $	45,23 $

[3] Montant estimatif

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants (c.-à-d., les dentistes ayant reçu des paiements au cours de l'année).	55	53	54	55[1]
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	14 525	15 549	16 909	17 525
34. Total des paiements aux dentistes pour des services. de chirurgie dentaire assurés.	1 439 885 $	1 515 311 $	1 726 646 $	1 467 485 $
35. Paiement moyen par service pour des services de chirurgie dentaire assurés.	99,13 $	97,45 $	102,11 $	83,74 $

Services médicaux rendus hors province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services payés pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province.	3 561 755 $	4 394 519 $	4 312 032 $	4 441 830 $
38. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés fournis hors province.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Nouveau-Brunswick

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
– établissements de soins actifs;	31	31	31	31
– établissements de soins longue durée;	0	0	0	0
– établissements de soins de réadaptation;	1	1	1	1
– établissements de services de diagnostic et de chirurgie externes;	0	0	0	0
– autres établissements.	0	0	0	0
Nombre total d'établissements	32	32	32	32
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégories de lits :				
– lits pour soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– lits pour soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– lits pour soins de réadaptation;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– lits pour chirurgie d'un jour;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Nombre total de lits dotés en personnel	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
3. Nombre total de lits approuvés dans des établissements qui fournissent des services assurés, par catégories de lits :				
– lits pour soins actifs;	3 036	3 036	3 036	3 036
– lits pour soins de longue durée;	397	397	397	397
– lits pour soins de réadaptation;	20	20	20	20
– lits pour chirurgie d'un jour.	0	0	0	0
Nombre total de lits approuvés	3 453	3 453	3 453	3 453
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– lits pour soins actifs;	110 318	110 619	109 235	108 045
– lits pour soins de longue durée;	2 423	2 280	2 398	2 281
– lits pour soins de réadaptation;	406	457	411	444
– en attente d'un autre type de soins;	231	246	307	308
– nouveau-né;	8 347	8 050	7 939	7 778
– chirurgie d'un jour.	45 175	44 597	42 962	46 287
Nombre total de radiations	166 900	166 249	163 252	165 143
5. Séjour moyen des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services de santé assurés, par type de soins :				
– établissement de soins actifs;				
• radiations d'établissements de soins actifs	6,3	6,4	6,6	6,6
• radiations d'établissements de soins de rétablissement/longue durée;	52,6	54,5	49,6	56,5
• radiations d'établissements de soins de réadaptation;	44,2	46,6	56,2	52,3
– établissement de soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissement de soins de réadaptation.	41,9	39,1	47,3	41,3

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de réadaptation;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de chirurgies pour malades;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de diagnostics externes.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– Autres établissements	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	641 045 782 $	640 228 215 $	684 869 764 $	non disponible
7. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés par type d'établissement :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissement de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Nombre d'établissements privés qui fournissent des services de santé assurés :				
– établissements de chirurgie privés;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de diagnostic privés.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Nombre de services de santé assurés fournis :				
– dans des établissements de chirurgie privés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– dans des établissements de diagnostic privés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Total des paiements :				
– aux établissements de chirurgie privés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– aux établissements de diagnostic privés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services hospitaliers rendus hors province (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total de réclamations payés pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés	481 pts/ 3 342 jours	310 pts/ 2 154 jours	337 pts/ 2 215 jours	459 pts/ 3 320 jours
14. Nombre total de cas réclamations payés pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	983	2 502	3 013	3 374
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	2 815 749 $	1 883 505 $	2 113 634 $	2 997 201 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	101 445 $	268 440 $	398 090 $	435 404 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	843 $	874 $	954 $	903 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	103 $	107 $	132 $	129 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total de réclamations payés pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	19 pts/ 72 jours	12 pts/ 73 jours	9 pts/ 51 jours	12 pts/ 340 jours
20. Nombre total de réclamations payés pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	110	32	18	62
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	50 919 $	16 736 $	4 795 $	87 865 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	12 381 $	5 227 $	11 189 $	7 528 $
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	707	229	94	258
24. Paiement moyen pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	111	163	622	121

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants :				
– omnipraticiens;	575	581	619	629
– spécialistes;	678	682	709	721
– tous les médecins.	1 253	1 263	1 328	1 350
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
– omnipraticiens;	3 626 061	3 625 877	3 692 566	3 721 782
– spécialistes;	2 423 736	2 479 186	2 507 588	2 612 744
– tous les médecins.	6 049 797	6 105 063	6 244 229	6 334 526
27. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	684 943	686 896	729 803	739 911
– services de chirurgie;	805 335	827 458	828 626	852 725
– services de diagnostic;	933 458	964 832	993 234	1 020 108
– tous les services médicaux assurés.	6 049 797	6 105 063	6 244 229	6 334 526
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	73 575 982 $	74 575 504 $	77 851 628 $	77 958 130 $
– spécialistes;	96 165 584 $	100 834 441 $	101 620 362 $	111 554 173 $
– tous les médecins.	169 741 567 $	175 409 945 $	179 471 990 $	189 512 303 $
29. Total des paiements aux médecins pour des services assurés, par catégorie de service :				
– services médicaux;	36 116 218 $	37 548 393 $	40 384 442 $	41 795 791 $
– services de chirurgie;	44 697 549 $	46 574 724 $	46 871 179 $	48 732 272 $
– services de diagnostic;	15 351 817 $	16 711 324 $	17 497 245 $	21 026 109 $
– tous les services médicaux assurés.	169 741 567 $	175 409 945 $	179 471 990 $	189 512 203 $
30. Paiement moyen par service pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	20,29 $	20,57 $	21,08 $	20,95 $
– spécialistes;	39,68 $	40,67 $	40,53 $	42,70 $
– tous les médecins.	28,06 $	28,73 $	28,74 $	29,92 $
31. Paiement moyen par service pour les services médicaux par catégorie de services :				
– services médicaux;	52,73 $	54,66 $	55,34 $	56,49 $
– services de chirurgie;	55,50 $	56,29 $	56,56 $	57,15 $
– services de diagnostic;	16,45 $	17,32 $	17,62 $	20,61 $
– tous les services médicaux assurés.	28,06 $	28,73 $	28,74 $	29,92 $

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants (c.-à-d., les dentistes ayant reçu des paiements au cours de l'année)	12	14	17	12
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes	602	632	790	751
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés	96 683 $	119 524 $	132 517 $	136 491 $
35. Paiement moyen par service pour des services de chirurgie dentaire assurés	161 $	189 $	168 $	182 $

Services médicaux rendus hors province (au Canada)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services payés pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada).	132 873	153 230	140 375	137 950
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province.	4 665 617 $	6 186 476 $	5 684 969 $	6 050 729 $
38. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés fournis hors province	35,11 $	40,37 $	40,50 $	43,86 $

Ontario

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos):				
– établissements de soins actifs;	non disponible[1]	179	157	154
– établissements de soins longue durée;	non disponible[1]	20	22	21
– établissements de réadaptation;	non disponible[1]	6	5	4
– établissements de services de diagnostic externes;	non disponible[2]	non disponible[2]	non disponible[2]	non disponible[2]
– autres établissements - centres communautaires.	non disponible[1]	4	4	3
Nombre total d'établissements	non disponible[*]	non disponible[*]	non disponible[*]	non disponible[*]
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits:				
– lits pour soins actif;	26 367	24 505	23 872	24 254[3]
– lits de malades chroniques;	8 678	8 149	7 787	7 505[4]
– lits pour soins de réadaptation;	1 875	1 815	1 822	1 975[4]
– lits pour les chirurgies d'un jour.	non disponible[5]	non disponible[5]	non disponible[5]	non disponible[5]
Nombre total de lits dotés en personnel	non disponible[*]	non disponible[*]	non disponible[*]	non disponible[*]
3. Nombre total de lits approuvés par les établissements pour fournir des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits:				
– lits pour soins actif;	non disponible[6]	non disponible[6]	non disponible[6]	non disponible[6]
– lits de malades chroniques;	non disponible[6]	non disponible[6]	non disponible[6]	non disponible[6]
– lits pour soins de réadaptation;	non disponible[6]	non disponible[6]	non disponible[6]	non disponible[6]
– lits pour les chirurgies d'un jour.	non disponible[6]	non disponible[6]	non disponible[6]	non disponible[6]
Nombre total de lits approuvés	non disponible[*]	non disponible[*]	non disponible[*]	non disponible[*]
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins:				
– lits pour soins actif;	1 074 967	1 041 004	1 131 333	1 007 464
– lits de malades chroniques;	17 321	18 426	17 165	18 943
– lits pour soins de réadaptation;	17 399	18 513	18 865	20 387
– lits pour autre niveau de soins;				
– lits pour nouveau-nés				
– lits pour les chirurgies d'un jour.	782 503	876 164	870 935	non disponible[7]
Nombre total de radiations	non disponible[*]	non disponible[*]	non disponible[*]	non disponible[*]

[1] Données historiques non disponibles.

[2] L'Ontario ne possède pas d'établissements dans ces catégories. Ces types d'établissements sont privés et tous services assurés offerts sont couverts par la province.

[3] ADC (acute daily census - recensement quotidien - soins actifs) plus psychiatrique de PDST (planning decision support tool/outil de soutien des décisions de planification) et Psychiatric 2000.

[4] ADC.

[5] Les lits pour les chirurgies d'un jour sont considérés comme des « cas », tandis que les lits pour soins actifs, de longue durée et de réadaptation sont des radiations ou des admissions.

[6] Non disponible - ces données ne sont pas recueillies.

[7] Information non compilée. Sera disponible à une date ultérieure à l'aide du PDST - Planning decision support tool (outil de soutien des décisions de planification).

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
5. Séjour moyen des hospitalisations (en jours) dans les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins:				
– lits pour soins actif;	6,27	6,21	5,98	non disponible[8]
– lits de malades chroniques;	204,8	202,8	192,7	non disponible[8]
– lits pour soins de réadaptations	32,6	32,3	30,3	non disponible[8]
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements:[9]				
– établissements de soins actifs;	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]
– établissements de soins de longue durée;	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]
– établissements de réadaptation;	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]
– établissements de chirurgie externe;	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]
– établissements de services de diagnostic externe;	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]
– autre établissements.	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]	non disponible[9]
Total des paiements à tous les établissements fournissant des services de santé assurés	7,4 milliards $	6,7 milliards $	7,1 milliards $	7,5 milliards $
7. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés:[9]				
– établissements de soins actifs;	626 $	654 $	691 $	non disponible[10]
– établissements de soins de longue durée;	253 $	266 $	274 $	non disponible[10]
– établissements de soins de réadaptation.	363 $	369 $	385 $	non disponible[10]
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements fournissant des services hospitaliers assurés:[11]				
– établissements de soins actifs;	non disponible[11]	non disponible[11]	non disponible[11]	non disponible[11]
– établissements de soins de longue durée;	non disponible[11]	non disponible[11]	non disponible[11]	non disponible[11]
– établissements de soins de réadaptation.	non disponible[11]	non disponible[11]	non disponible[11]	non disponible[11]
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés, par type d'établissements:				
– établissements de soins actifs;	non disponible[12]	non disponible[12]	non disponible[12]	non disponible[12]
– établissements de soins de longue durée;	non disponible[12]	non disponible[12]	non disponible[12]	non disponible[12]
– établissements de soins de réadaptation.	non disponible[12]	non disponible[12]	non disponible[12]	non disponible[12]

[8] Information non compilée. Sera disponible à une date ultérieure à partir des OHFS - Ontario Hospital Financial Statistics (statistiques financières des hôpitaux de l'Ontario).

[9] a) Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs/soins de longue durée, soins de longue durée et de réadaptation) avec une minorité du genre patient unique.
b) La séparation par établissement ne donne qu'un échantillon de petite taille pour les lits pour soins de longue durée et de réadaptation, faussant les montants réellement dépensés pour les lits pour soins de longue durée et de réadaptation.

[10] Information non compilée. Sera disponible à une date ultérieure de *l'Ontario Case Cost Distribution Methodology*.

[11] Par définition, un malade externe ne reste pas pour 24 heures, alors les données sur le coût moyen par visite ne peuvent être fournies :
a) Les établissements en Ontario tendent à être mixtes; ils rapportent les visites des malades externes par type de patient.
b) De plus, la séparation par établissement ne donne qu'un échantillon de petite taille pour les lits pour soins de longue durée et de réadaptation (voir compte des établissements ci-dessus).
c) Les fusions au cours de cette période contribuent également à la variabilité des données.
d) La diffusion des données concernant les visites à des établissements de réadaptation ne fournit pas pour le moment des données utilisables en raison du nombre restreint d'établissement de réadaptation et des problèmes de diffusion.

[12] Non disponible - L'exactitude des données est mise en doute, elles ne peuvent donc pas être justifiées ni diffusées.

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
10. Nombre d'établissements de soins de santé privés qui fournissent des services de santé assurés: – des établissements de chirurgie privés; – des établissements de services de diagnostic. Total	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*
11 Nombre de services de santé assurés fournis dans: – des établissements de chirurgie privés; – des établissements de services de diagnostic. Total	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*
12. Total des paiements à: – des établissements de chirurgie privés; – des établissements de services de diagnostic. Total	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*	non disponible[12] non disponible[12] non disponible*

Services hospitalier rendus hors province (au Canada)				
Services hospitalier assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	6 494	8 004	8 431	8 500 est.
14. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	80 263	102 504	104 398	105 000 est.
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	27,9 M $[13]	36,2 M $	32,8 M $	36,0 M $ est.
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	8,3 M $	10,7 M $	13,3 M $	14,0 M $
17. Paiements moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	4 307 $	4 519 $	3 890 $	4 235 $ est.
18. Paiements moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	102 $	104 $	127 $	133 $

[13] « M » représente « millions ».

Services hospitalier rendus à l'étranger				
Services hospitalier assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger aux malades hospitalisés et aux malades externes.	30 688	26 211	24 141	20 657
20. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger aux malades hospitalisés et aux malades externes.	31,6 M $	25,0 M $	21,4 M $	17,0 M $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
23. Paiements moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger aux malades hospitalisés et aux malades externes.	1 029,72 $	953,80 $	885,34 $	821,24 $
24. Paiements moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés [14, 15]	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants:[14 15]				
– omnipraticiens;	10 475	10 319	10 221	10 227
– spécialistes;	9 825	9 944	9 994	10 284
– tous les médecins.	20 300	20 263	20 215	20 511
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte):				
– omnipraticiens;	82,0 M	83,6 M	80,4 M	79,6 M
– spécialistes;	85,9 M	90,8 M	89,9 M	91,4 M
– tous les médecins.	167,9 M	174,4 M	170,3 M	171,0 M
27. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services:				
– services médicaux;	84,1 M	85,3 M	84,2 M	84,1 M
– services de chirurgie;	21,4 M	22,2 M	21,6 M	22,0 M
– services de diagnostic;	62,4 M	66,8 M	64,4 M	64,8 M
– tous les services médicaux assurés.	167,9 M	174,3 M	170,2 M	170,9 M
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de:				
– omnipraticiens;	1 688,3 M $	1 722,7 M $	1 676,9 M $	1 725,2 M $
– spécialistes;	2 443,5 M $	2 618,6 M $	2 587,2 M $	2 699,2 M $
– tous les médecins.	4 131,8 M $	4 341,3 M $	4 264,1 M $	4 424,4 M $
29. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de:				
– services médicaux;	2 593,9 M $	2 664,5 M $	2 605,6 M $	2 678,6 M $
– services de chirurgie;	586,2 M $	616,0 M $	608,5 M $	633,8 M $
– services de diagnostic;	951,7 M $	1 060,8 M $	1 050,1 M $	1 112,0 M $
– tous les services médicaux assurés.	4 131,8 M $	4 341,3 M $	4 264,2 M $	4 424,4 M $
30. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins:				
– omnipraticiens;	20,59 $	20,61 $	20,86 $	21,67 $
– spécialistes;	28,45 $	28,84 $	28,78 $	29,53 $
– tous les médecins.	24,61 $	24,89 $	25,05 $	25,87 $
31. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés par catégorie de service:				
– services médicaux;	30,84 $	31,24 $	30,94 $	31,84 $
– services de chirurgie;	27,45 $	27,72 $	28,19 $	28,78 $
– services de diagnostic;	15,24 $	15,87 $	16,30 $	17,15 $
– tous les services médicaux assurés.	24,61 $	24,90 $	25,05 $	25,87 $

[14] Ces chiffres, provenant de l'*Ontario Statistical Reporting System* (le système de présentation des statistiques du régime d'assurance-maladie de l'Ontario), représentent le nombre de médecins qui se font payer à l'acte. Les médecins inscrits ne facturent pas tous à l'acte. Le nombre de services médicaux n'inclue pas les service de laboratoire. De plus, les soins obstétricaux sont compris dans les services médicaux.

[15] Les services de médecin comprennent les unités de temps des assistants et anesthésistes et la portion concernant le diagnostic comprend les composantes professionnelle et technique comptées séparément.

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province				
Services médicaux assurés[15]	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000
32. Nombre de dentistes participants (c.-à-d., les dentistes qui ont reçu des paiements durant l'année).[16]	367	366	350	350
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	67 156	69 163	70 658	69 400
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	7,8 M $	7,9 M $	7,9 M $	8,1 M $
35. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés.	116,15 $	114,22 $	111,80$	116,71 $

Services médicaux rendus hors province (au Canada)				
Services médicaux assurés[14, 15]	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de réclamations payées pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada).	399 005	428 329	433 396	450 000 est.
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province.	12,9 M $	12,8 M $	13,3 M $	14,0 M $ est.
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province.	32,43 $	29,90 $	30,59 $	31,11 $ est.

* Les totaux ne peuvent être fournis puisque certaines données ne sont pas disponibles.

La source pour toutes les données sur les services médicaux assurés est l'*Ontario Statistical Reporting System* (le système de présentation des statistiques de l'Ontario) - avril 1996 à mars 1999.

[16] Bien que 350 dentistes participent au régime d'assurance-maladie, 700 dentistes sont inscrits à la *Corporate Provider Database* (la base de données des entreprises fournissant des services).

Manitoba

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
– établissements de soins actifs (provinciaux);	75	75	75	75
– établissements de soins actifs (fédéraux);	20	20	20	20
– établissements de soins prolongés/de réadaptation.	4	4	4	4
Nombre total d'établissements	99	99	99	99
2. Nombre de lits dressés[1] et de lits de bébé dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégories :				
– lits pour soins actifs (établissements provinciaux);	4 533	4 464	4 341	4 299
– lits pour soins actifs (établissements fédéraux);	95	95	95	95
– lits pour soins prolongés/de réadaptation;	559	392	402	402
– lits pour chirurgie d'un jour.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Nombre total de lits dotés en personnel	5 187	4 951	4 838	4 796
3. Nombre total de lits approuvés par les établissements pour fournir des services hospitaliers assurés, par catégories :				
– lits pour soins actifs (établissements provinciaux);	4 533	4 464	4 341	4 299
– lits pour soins actifs (établissements fédéraux);	95	95	95	95
– lits pour soins prolongés/de réadaptation.	559	392	402	402
Nombre total de lits approuvés	5 187	4 951	4 838	4 796
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– lits pour soins actifs (établissements provinciaux);	135 634	132 808	132 912	129 222
– lits pour soins actifs (établissements fédéraux);	3 829	4 123	3 587	3 428
– lits pour soins prolongés/de réadaptation;	1 640	1 746	1 757	1 876
– lits pour nouveau-né;	15 838	14 784	14 814	14 807
– lits pour chirurgie d'un jour.	99 571	107 418	11 931	115 136
Nombre total de radiations	141 103	138 677	138 256	134 526
5. Durée moyenne des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– lits pour soins actifs (établissements provinciaux);	9,6	9,5	9,7	9,9
– lits pour soins actifs (établissements fédéraux);	1,9	1,7	1,8	1,8
– lits pour soins prolongés/de réadaptation.	103,6	118	74,3	69,0

[1] Nombre de lits dressés en date du 31 mars par un hôpital pour loger des patients.

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements :				
– établissements de soins actifs;[2]	909 637 278 $	906 268 524 $	884 687 936 $	941 898 371 $
– établissements de soins prolongés/de réadaptation.[3]	52 798 545 $	56 443 179 $	59 519 958 $	64 155 009 $
Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	962 435 823 $	962 711 703 $	944 207 894 $	1 006 053 380 $
7. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	661, 62 $	656,10 $	non disponible	non disponible
– établissements de soins prolongés/de réadaptation.	279,47 $	286,64 $	non disponible	non disponible
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins prolongés/de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés par type d'établissement:				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins prolongés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissement de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[2] Les chiffres publiés sont fondés sur une comptabilité d'exercice (les dépenses sont imputées à la période à laquelle les biens ont été reçus ou les services ont été fournis, sans égard du moment où le paiement a été effectué) et comprennent les paiements totaux faits aux établissements qui fournissent des services assurés, nets de recouvrements réciproques, conformément au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

[3] Les chiffres publiés sont fondés sur une comptabilité de caisse (les dépenses sont imputés à la période [exercice financier]) selon le moment où les paiements ont été faits quelque soit le moment où les biens ont été reçus ou les services fournis). Ils comprennent les services fournis au Deer Lodge Centre, au Riverview Health Centre, au Manitoba Adolescent Treatment Centre et au Hartney Rehabilitation and Chronic Care Hospital.

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
10. Nombre d'établissements privés qui fournissent des services de santé assurés :				
– établissements de chirurgie privés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de diagnostic privés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre de services de santé assurés fournis:				
– dans des établissements de chirurgie privés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– dans des établissements de diagnostic privés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Total des paiements :				
– aux établissements de chirurgie privés;	non disponible	non disponible	non disponible	2 162 059 $
– établissements de diagnostic privés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services hospitaliers rendus hors province (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total de cas rémunérés pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	3 174	3 419	3 307	2 571
14. Nombre total de cas rémunérés pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	24 779	28 422	28 007	21 570
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	12 506 685 $	14 156 175 $	11 292 528 $	8 655 520 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	2 321 046 $	2 947 701 $	3 451 891 $	2 694 973 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	3 940,35 $	4 140,44 $	3 414,73 $	3 366,60 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	93,67 $	103,71 $	123,25 $	124,94 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger[4]				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total de cas rémunérés pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	530	614	588	585
20. Nombre total de cas rémunérés pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	5 810	6 331	5 782	6 053
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	854 120 $	991 294 $	1 058 815 $	1 028 127 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	611 162 $	658 890 $	690 877 $	905 479 $
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	1 611,55 $	1 614,49 $	1 800,71 $	1 819,69 $
24. Paiement moyen pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	105,19 $	104,07 $	119,49 $	149,59 $

[4] Les chiffres publiés sont fondés sur une comptabilité de caisse et n'incluent pas l'opération de change sur les transactions avec les États-Unis.

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants :				
– omnipraticiens;	970	935	900	non disponible
– spécialistes;	912	931	938	non disponible
– tous les médecins.	1 882	1 866	1 838	2 036
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
– omnipraticiens;	5 726 851	5 741 645	5 859 568	5 931 022
– spécialistes;	6 712 187	7 281 386	7 698 155	8 147 749
– tous les médecins.	12 439 038	13 023 031	13 557 723	14 078 771
27. Nombre de services médicaux assurés, par type de services :				
– services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– tous les services médicaux assurés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	99 387 716 $	99 489 900 $	103 068 422 $	114 868 500 $
– spécialistes;	146 956 655 $	153 336 002 $	165 946 999 $	178 359 476 $
– tous les médecins.	246 344 371 $	252 825 902 $	269 015 421 $	293 227 976 $
29. Total des paiements aux médecins avec les autres modes de financement :[5]	61 546 400 $	98 995 700 $	107 484 800 $	123 647 200 $
Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte et par autres modes de financement :	307 890 771 $	351 821 602 $	376 500 221 $	416 875 176 $
30. Paiement moyen par service pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : [6]				
– omnipraticiens;	17,35 $	17,33 $	17,59 $	19,37 $
– spécialistes;	21,89 $	21,06 $	21,56 $	21,89 $
– tous les médecins.	19,80 $	19,41 $	19,84 $	20,83 $
31. Paiement moyen par service pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de services :				
– services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– tous les services médicaux assurés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[5] Les chiffres publiés sont fondés sur une comptabilité d'exercice.
[6] Les chiffres publiés sont fondés sur une comptabilité de caisse.

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants (c.-à-d., les dentistes ayant reçu des paiements au cours de l'année)	65	94	102	105
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	2 681	2 953	2 925	3 318
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	496 505 $	539 940 $	589 378 $	590 125 $
35. Paiement moyen par service pour des services de chirurgie dentaire assurés.	185,19 $	182,84 $	201,50 $	177,86 $

Services médicaux rendus hors province (au Canada)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services payées pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada).	222 601	217 733	206 521	183 497
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province.	6 267 296 $	6 245 462 $	6 121 559 $	5 568 205 $
38. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés fournis hors province à des patients hospitalisés	28,15 $	28,68 $	29,64 $	30,34 $

- Toutes les informations sur les paiements sont fondées sur la date du paiement.
- Puisque certains montants sont fondés sur une comptabilité de caisse et d'autres sur une comptabilité d'exercice, il peut y avoir des différences entre les montants présentés ici et ceux contenus dans le rapport annuel.

Saskatchewan

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
– établissements de soins actifs;	75	73	71	71
– établissements de réadaptation;	1	1	1	1
Nombre total d'établissements	76	74	72	72
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégories :[1]				
– lits pour soins actifs;	3 282	3 117	3 078	2 944
– lits pour soins psychiatriques (court terme);	228	228	248	183
– lits pour soins de réadaptation dans les hopitaux de réadaptation et de soins actifs;	non disponible	152	152	90
– lits pour soins de réadaptation dans les foyers de soins spéciaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Nombre total de lits dotés en personnel	3 510	3 497	3 478	3 217
3. Nombre total de lits approuvés dans des établissements qui fournissent des services assurés, par catégories :[2]				
– lits pour soins actifs;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– lits de malades chroniques;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– lits pour soins de réadaptation;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– lits pour chirurgie d'un jour.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Nombre total de lits approuvés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :[3]				
– radiation des soins actifs;	148 740	146 537	143 604	134 000[4]
– radiation des soins psychiatriques;	4 106	3 988	3 309	4 065 (est.)
– radiation des soins de réadaptation;	1 401	1 338	1 058	927
Nombre total de radiations	154 247	151 863	147 971	138 992
5. Durée moyenne des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :[5]				
– établissements de soins actifs;	5,7	5,7	5,8	5,7[6]
– établissements de soins psychiatriques;	16,3	16,5	15,4	15,8 (est)
– établissements de soins de réadaptation.	32,4	30,9	30,5	34,7

[1] À l'exclusion des lits de soins de longue durée.

[2] Sans objet. Le Ministère n'approuve pas le nombre de lits. Il incombe aux districts de la santé de décider du nombre de lits dans leurs établissements.

[3] À l'exclusion des radiations de soins prolongés et de soins psychiatriques dans les hôpitaux. En avril 1999, il y a eu une grève des infirmières de toute la province.

[4] Des prévisions ont été établies là où les données sont incomplètes.

[5] À l'exclusion des radiations de soins prolongés et de soins psychiatriques dans les hôpitaux.

[6] Des prévisions ont été établies là où les données sont incomplètes.

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
6. Total des paiements versés aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements :[7] Le financement est accordé aux districts de santé et non aux établissements (voir la description dans la partie textuelle de la demande)				
– ensemble du financement des soins actifs en établissement (établissements de soins actifs);	522 036 613 $	584 582 800 $	565 682 800	619 538 151 $
– services de réadaptation;	34 822 774 $	35 115 992 $	35 437 299 $	36 824 546 $
7. Coût quotidien moyen des services de santé aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	522 $ (est.)
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
8. Coût quotidien moyen des services de santé aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins prolongés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés par type d'établissement :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissement de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Nombre d'établissements privés qui fournissent des services de santé assurés :				
– établissements de chirurgie privés;	0	0	0	0
– établissements de diagnostic privés.	0	0	0	0
Total	0	0	0	0
11. Nombre de services de santé assurés fournis dans les établissements suivants :				
– établissements de chirurgie privés;	0	0	0	0
– des établissements de diagnostic privés.	0	0	0	0
Total	0	0	0	0
12. Total des paiements :				
– aux établissements de chirurgie privés;	0	0	0	0
– aux établissements de diagnostic privés.	0	0	0	0
Total	0	0	0	0

[7] Par services de réadaptation, on entend les services fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes, les services offerts à domicile, les services offerts dans la communauté et les services offerts grâces à des ententes de marchés.

Services hospitaliers rendus hors province (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total de cas rémunérés pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	4 788	4 868	4 688	5 019
14. Nombre total de cas rémunérés pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	35 493	38 279	41 375	44 327
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	22 415 100 $	23 988 792 $	18 973 762 $	19 911 192 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	3 958 900 $	4 194 100 $	5 698 800 $	5 939 300 $
17. Paiement moyen pour des services externes assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	4 682 $	4 928 $	4 047 $	3 967 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	112 $	110 $	138 $	134 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total des réclamations payés pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	337	317	273	382
20. Nombre total réclamations payés pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	1 574	1 695	1 252	1 201
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	291 800 $	710 800 $	1 193 449 $	2 484 961 $[8]
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	128 900 $	228 968 $	151 558 $	348 379 $
23. Paiement moyen pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	866 $	2 242 $	4 372 $	6 505 $
24. Paiement moyen pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	82 $	135 $	121 $	290 $

[8] Veuillez noter que les infirmières de toute la province ont mené une grève en 1999.

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants (inscrits) :				
– omnipraticiens;	860	865	907	940
– spécialistes;	583	592	595	610
– tous les médecins.	1 443	1 457	1 502	1 550
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte en milliers) :				
– omnipraticiens;	6 868	6 595	6 743	6 786
– spécialistes;	3 122	3 069	3 127	3 163
– tous les médecins.	9 990	9 664	9 870	9 949
27. Nombre de services médicaux assurés, par type de services (en milliers) :				
– services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– tous les services médicaux assurés.	9 990	9 664	9 870	9 949
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins (en milliers) :				
– omnipraticiens;	122 511 $	119 002 $	128 785 $	133 043 $
– spécialistes;	118 531 $	117 667 $	122 466 $	125 735 $
– tous les médecins.	240 646 $	236 669 $	251 251 $	258 778 $
29. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de service (en milliers) :				
– services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– tous les services médicaux assurés.[9]	293 358 $	307 786 $	326 325 $	334 104 $
30. Paiement moyen par service pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	17,84 $	18,04 $	19,10 $	19,61 $
– spécialistes;	37,84 $	38,34 $	39,16 $	39,75 $
– tous les médecins.	24,09 $	24,49 $	25,46 $	26,01 $
31. Paiement moyen par service, pour les services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– services de diagnostic;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– tous les services médicaux assurés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[9] Y compris la rémunération à l'acte, de paiement de salaire, de paiement par capitation.

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province					
	Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32.	Nombre de dentistes participants c'est-à-dire les dentistes qui reçoivent des paiements au cours de l'année.	126	119	113	97
33.	Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	18 600	18 700	18 500	18 100
34.	Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	1 290 700 $	1 287 000 $	1 271 700 $	1 309 300 $
35.	Paiement moyen p pour des services de chirurgie dentaire assurés.	69,39 $	68,82 $	68,74 $	72,34 $

Services médicaux rendus hors province					
	Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36.	Nombre de services payés pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada).	327 446	370 148	382 888	400 807
37.	Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province (en milliers).	10 049 574 $	11 145 782 $	11 411 851 $	13 121 491 $
38.	Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés fournis hors province assurés fournis hors province.	30,69 $	30,11 $	29,80 $	32,74 $

Alberta

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
- établissements de soins actifs;	101	101	101	101
- établissements de soins de longue durée;	104	104	104	104
- établissements de réadaptation;	1	1	1	1
- établissements de services de diagnostic externes;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
- autres établissements - centres communautaires.	0	0	0	3
Nombre total d'établissements	206	206	206	209
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :				
- lits pour soins actifs;	6 176	6 305	6 360	6 275
- lits de malades chroniques;	6 179	6 179	6 404	6 179
- lits pour soins de réadaptation;	240	240	240	240
- lits pour les chirurgies d'un jour.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Nombre total de lits dotés en personnel	12 595	12 724	12 823	12 694
3. Nombre total de lits approuvés par les établissements pour fournir des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :				
- lits pour soins actifs;	9 788	9 788	9 788	9 788
- lits de malades chroniques;	6 114	6 114	6 114	6 114
- lits pour soins de réadaptation;	240	240	240	240
- lits pour les chirurgies d'un jour.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Nombre total de lits approuvés	16 142	16 142	16 142	16 142
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
- lits pour soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- lits de malades chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- lits pour soins de réadaptation;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- lits pour autre niveau de soins	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- lits pour nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- lits pour les chirurgies d'un jour.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Nombre total de radiations	335 665	334 869	346 092	non disponible
5. Séjour moyen des hospitalisations (en jours) dans les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (tient compte des nouveau-nés) :				
- lits pour soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- lits de malades chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- lits pour soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Nombre total d'établissements	6,7	6,9	7,1	non disponible

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements :				
– établissements de soins actifs;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de réadaptation;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de chirurgie externe;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de services de diagnostic externes;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– autres établissements	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Total des paiements à tous les établissements fournissant des services de santé assurés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
7. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de réadaptation.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements fournissant des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de réadaptation.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés par type d'établissements :				
- établissements de soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
- établissements de soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
- établissements de soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Nombre d'établissements de soins de santé privés qui fournissent des services de santé assurés :				
– établissements de chirurgie privés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de services de diagnostic.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre de services de santé assurés fournis dans :				
– des établissements de chirurgie privés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– des établissements de services de diagnostic.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Total des paiements à :				
– des établissements de chirurgie privés;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– des établissements de services de diagnostic.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services hospitaliers rendus hors province (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	4 565	4 656	4 714	4 820
14. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	55 477	56 408	57 574	59 443
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	16 065 099 $	14 699 049 $	13 269 781 $	13 632 730 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	5 170 997 $	5 287 271 $	6 706 065 $	6 920 702 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	3 519,19 $	3 157,01 $	2 814,97 $	2 828,37 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	93,21 $	93,73 $	116,48 $	116,43 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	9 148	8 311	7 680	6 817
20. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	234	200	101	128
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	725 916 $	658 847 $	597 690 $	528 742 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	63 175 $	53 457 $	34 695 $	34 791 $
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	79,35 $	79,27 $	77,82 $	77,56 $
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	269,98 $	267,28 $	343,51 $	271,81 $

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants :				
– omnipraticiens;	2 395	2 365	2 464	2 545
– spécialistes;	1 833	1 903	1 978	2 096
– tous les médecins.	4 228	4 268	4 442	4 641
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
– omnipraticiens;	13 947 484	14 377 354	14 974 783	15 543 092
– spécialistes;	9 291 690	9 844 887	10 392 632	10 798 883
– tous les médecins.	23 239 174	24 222 241	25 367 415	26 341 975
27. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services (d'après la spécialité du médecin) :				
– services médicaux (médecins spécialistes);	19 760 427	20 548 109	21 517 182	22 359 160
– services de chirurgie (chirurgiens spécialisés);	2 222 103	2 263 615	2 288 284	2 345 494
– services de diagnostic + (spécialistes de laboratoire et de radiologie);	1 256 644	1 410 517	1 561 949	1 637 321
– tous les services médicaux assurés.	23 239 174	24 222 241	25 367 415	26 341 975
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	346 643 288 $	357 611 870 $	383 842 634 $	410 502 506 $
– spécialistes;	399 772 398 $	427 232 284 $	464 270 463 $	493 040 446 $
– tous les médecins.	746 415 686 $	784 844 154 $	848 113 097 $	903 542 952 $
29. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services (d'après la spécialité du médecin) :				
– services médicaux (médecins spécialistes);	537 506 075 $	559 406 868 $	603 212 295 $	644 369 533 $
– services de chirurgie (chirurgiens spécialisés);	147 629 569 $	152 888 255 $	161 168 036 $	170 444 636 $
– services de diagnostic + (spécialistes de laboratoire et de radiologie);	61 280 042 $	72 549 031 $	83 732 766 $	88 728 781 $
– tous les services médicaux assurés.	746 415 686 $	784 844 154 $	848 113 097 $	903 542 952 $
30. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	24,85 $	24,87 $	25,63 $	26,41 $
– spécialistes;	43,02 $	43,40 $	44,67 $	45,66 $
– tous les médecins.	32,12 $	32,40 $	33,43 $	34,30 $

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
31. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de service (d'après la spécialité du médecin) :				
– services médicaux (médecins spécialistes);	27,20 $	27,22 $	28,03 $	28,82 $
– services de chirurgie (chirurgiens spécialisés);	66,44 $	67,54 $	70,43 $	72,67 $
– services de diagnostic + (spécialistes de laboratoire et de radiologie);	48,76 $	51,43 $	53,61 $	54,19 $
– tous les services médicaux assurés.	32,12 $	32,40 $	33,43 $	34,30 $

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants (c.-à-d., les dentistes qui ont reçu des paiements durant l'année).	241	230	232	250
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	9 063	10 648	11 920	14 292
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	1 571 065 $	1 691 797 $	1 853 322 $	2 092 003 $
35. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés.	173,35 $	158,88 $	155,46 $	146,38 $

Services médicaux rendus hors province (au Canada)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de réclamations payées pour des services médicaux assurés fournis hors province (au Canada).	355 985	348 480	359 653	380 635
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province.	10 412 565 $	10 092 203 $	9 983 110 $	11 397 620 $
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province.	29,25 $	28,96 $	27,76 $	29,94 $

Colombie-Britannique

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000[1]**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
– établissements de soins actifs;	93	93	94	94
– établissements de soins de longue durée;	17	17	17	17
– établissements de soins de réadaptation;	3	3	3	3
– établissements de services de diagnostic et de chirurgie externes[2];	25	25	25	25
– autres établissements [3].	1	1		
Nombre total d'établissements	139	139	139	139
2. Nombre de lits dotés en personnel dans les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie :[4]				
– lits pour soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– lits pour soins de longue durée[5];	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– lits pour soins de réadaptation;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– lits pour chirurgies d'un jour.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Nombre total de lits dotés en personnel	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
3. Nombre de lits approuvés par les établissements pour fournir des services hospitaliers assurés, par catégorie :				
– lits pour soins actifs;	8 991	8 559	8 559	8 533
– lits pour soins de longue durée;	8 542	8 628	8 628	8 733
– lits pour soins de réadaptation[6].	551	517	517	468
Nombre total de lits approuvés	18 084	17 704	17 704	17 734
4. Nombre de séparations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– lits pour soins actifs;	345 523	367 465	376 369	374 246
– lits pour soins de longue durée;	7 805	9 072	9 016	7 456
– lits pour soins de réadaptation;	2 612	2 409	2 565	2 959
– autre niveau de soins[7];	5 365	3 589	2 999	3 336
– naissances;	35 559	35 162	34 124	38 863
– chirurgies d'un jour.	295 117	289 951	274 295	293 530
Nombre total de séparations	691 981	707 648	699 368	720 390

[1] Les prévisions ont été calculées à partir de données partielles.

[2] Les établissements de diagnostic et de chirurgie pour malades externes comprennent six postes de la Croix-Rouge.

[3] L'hôpital fédéral (Hôpital Masset – station des Forces canadiennes) a été transféré aux autorités sanitaires régionales en 1998-1999.

[4] Les données des lits dotés en personnel ne sont pas disponibles.

[5] S'entend des lits pour soins de longue durée des établissements autonomes de soins prolongés de même que de ceux des établissements de soins actifs.

[6] S'entend des lits de réadaptation des établissements autonomes de réadaptation de même que de ceux des établissements de soins actifs.

[7] Autre niveau de soins : un patient occupe un lit de soins actif, même si l'évaluation montre qu'il requiert un autre niveau de soins, comme un traitement en établissement ou des soins à domicile.

Services hospitaliers rendus dans la province				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000[a]**
5. Séjour moyen des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– soins actifs;	5,62	5,71	5,42	5,32
– soins de longue durée;	350,96	332,99	214,77	279,35
– soins de réadaptation;	33,48	32,21	28,92	29,84
– autre niveau de soins;	30,78	33,70	29,03	31,84
– installations pour nouveaux-nés.	2,92	2,67	2,18	2,28
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins (en milliers de dollars)[9].				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total des paiements à tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	2 722 833 $	2 956 260 $	non disponible [10]	non disponible
7. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers.[11]				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés.				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés, par type d'établissements :				
– établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Nombre d'établissements privés de soins de santé qui fournissent des services de santé assurés :				
– établissements privés de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements privés de diagnostic.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre de services de santé assurés fournis par :				
– établissements privés de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements privés de diagnostic.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Total des paiements aux :				
– établissements privés de chirurgie;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– établissements privés de diagnostic.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

[a] Les prévisions ont été calculées à partir de données partielles.

[9] Les données ne peuvent être réparties par type d'établissements parce que les services sont financés globalement.

[10] Le Ministère ne détermine plus les fonds versés aux établissements. Un financement global est fourni aux autorités sanitaires, qui sont chargées d'un continuum de services de santé allant de la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures aux soins en établissements.

[11] Les données ne sont pas recueillies en fonction des malades hospitalisés ou des malades externes.

Services hospitaliers rendus hors province (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000[12]**
13. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	7 225	7 383	7 994	7 231[13]
14. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	62 604	68 146	73 807	70 070
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	37 483 341 $	35 898 630 $	35 830 522 $	34 477 406 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	6 145 727 $	7 441 321 $	9 075 191 $	9 585 916 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades hospitalisés.	5 188 $	4 862 $	4 482 $	4 768 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors province (au Canada) à des malades externes.	98 $	109 $	123 $	137 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	2 946	2 888	2 793	2 494
20. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	340	431	435	324
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	2 251 755 $	3 073 453 $	3 492 437 $	5 375 289 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	77 502 $	109 347 $	100 863 $	65 137 $
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	764 $	1 064 $	1 250 $	2 155 $
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	228 $	254 $	232 $	201 $

[12] Des prévisions été calculées à porter de donnés partielles.
[13] On reçoit encore des réclamations (délai de 12 mois pour les envoyer).

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants[14] :				
– omnipraticiens;	4 154	4 248	4 269	4 276
– spécialistes[15];	3 116	3 181	3 232	3 269
– tous les médecins.	7 270	7 429	7 501	7 545
26. Nombre de services assurés, fournis par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
– omnipraticiens;	22 197 196	22 378 959	21 903 525	22 875 620
– spécialistes;	28 828 096	29 424 394	29 860 276	32 697 836
– tous les médecins.	51 025 292	51 813 353	51 763 801	55 573 456
27. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux[16];	23 535 944	24 309 601	24 012 366	25 065 926
– services de chirurgie[17];	5 601 151	4 209 195	4 163 434	4 426 656
– services de diagnostic[18];	21 888 197	23 294 557	23 588 001	26 080 874
– tous les services médicaux assurés.	51 025 292	51 813 353	51 763 801	55 573 456
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte), pour des services assuré par catégorie de médecins[19]:				
– omnipraticiens;	613 317 385 $	614 713 789 $	626 992 277 $	654 305 224 $
– spécialistes;	817 739 525 $	831 174 498 $	845 235 143 $	928 642 083 $
– tous les médecins.	1 431 056 910 $	1 445 888 287 $	1 472 227 420 $	1 582 947 307 $
29. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	834 731 808 $	850 453 217 $	874 004 742 $	920 552 743 $
– services de chirurgie;	230 651 787 $	231 507 497 $	229 196 329 $	250 267 000 $
– services de diagnostic;	365 673 314 $	363 927 573 $	369 026 348 $	412 127 564 $
– tous les services médicaux.	1 431 056 909 $	1 445 888 287 $	1 472 227 419 $	1 582 947 307 $

[14] Médecins participants : S'entend des médecins de la Colombie-Britannique qui reçoivent des paiements à l'acte pour des services assurés de plus d'un dollar de la province de la Colombie-Britannique pour avoir fourni un service ou plus au cours des exercices de 1996-1997, de 1997-1998, de 1998-1999 et de 1999-2000.

[15] Le nombre de spécialistes correspond au nombre de médecins qui pratiquent les spécialités suivantes, par date de prestation de services payés jusqu'au 1er août 2000 : dermatologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychologie, obstétrique et gynécologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie générale, neurochirurgie, orthopédie, chirurgie plastique, chirurgie cardiaque et thoracique, urologie, pédiatrie, médecine interne, radiologie, pathologie, anesthésie, cardiologie pédiatrique, médecine physique et réadaptation, santé publique, médecine du travail, gériatrie, médecine d'urgence, microbiologie, médecine nucléaire, rhumatologie, immunisation clinique et allergies, génétique et chirurgie vasculaire.

[16] Les services médicaux comprennent les types de services suivants : examens régionaux, consultations, examens complets, consultations à domicile, consultations d'urgence, visites d'établissements, dialyses/transfusions, services généraux et rayonnement thérapeutique.

[17] Les services de chirurgie comprennent les types de services suivants : anesthésie, chirurgie cardio-vasculaire, obstétrique, chirurgies mineure et majeure.

[18] Les services de diagnostic comprennent les types de services suivants : ophtalmologie de diagnostic, radiologie de diagnostic, ultrasons de diagnostic, médecine nucléaire, pathologie, exploration fonctionnelle respiratoire, électrodiagnostic et procédures en cardiologie.

[19] Le total des paiements, c'est-à-dire les dépenses, comprennent les montants versés, le Northern and Isolation Allowance (NIA) – (programme d'indemnité de poste en région isolée et septentrionale) et la répartition des dépenses. Les chiffres des dépenses excluent celles des accords de réciprocité, les paiements des services fournis hors province, les intérêts payés et les frais de fournitures médicales, les paiements des réclamations des exercices antérieurs présentées en retard, les dépenses manuelles, les réclamations en cours, les réclamations pour les services à l'acte de l'ICBC et du *Workers' Compensation Board* et les réclamations envoyées par des sages-femmes.

Services médicaux rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
30. Paiement moyen par service, pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte) et par catégorie de médecins[20];				
– omnipraticiens;	27,60 $	27,40 $	28,60 $	28,60 $
– spécialistes;	28,30 $	28,20 $	28,30 $	28,40 $
– tous les médecins.	28,00 $	27,90 $	28,44 $	28,48 $
31. Paiement moyen par service, pour des services médicaux assurés et par catégorie de services[21]:				
– services médicaux;	35,47 $	34,98 $	36,40 $	36,72 $
– services de chirurgie;	41,18 $	55,00 $	55,04 $	56,53 $
– services de diagnostic;	16,70 $	15,62 $	15,64 $	15,80 $
– tous les services médicaux assurés.	28,00 $	27,90 $	28,44 $	28,48 $

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants (c.-à-d., les dentistes qui ont reçu des paiements durant l'année).[22]	284	289	280	265
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	53 130	53 163	51 096	54 507
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	5 663 597 $	5 818 127 $	5 474 563 $	5 854 368 $
35. Paiement moyen par service, pour des services de chirurgie dentaire assurés[23].	106,60 $	109,43 $	107,14 $	107,40 $

Services médicaux rendus hors province (au Canada)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services médicaux assurés payés, fournis hors province (au Canada).	477 236	461 571	438 186	446 232
37. Total des paiements pour des services assurés fournis hors province.	13 844 944 $	13 849 906 $	13 495 893 $	14 134 689 $
38. Paiement moyen par service, pour des services assurés fournis hors province.	29 $	30 $	31 $	32 $

[20] Le paiement moyen des services médicaux assurés est fondé sur le total des dépenses divisé par le nombre de services rendus par les omnipraticiens, les spécialistes et tous les médecins.

[21] Le paiement moyen des services médicaux assurés est fondé sur le total des dépenses divisé par le nombre de services fournis, par catégorie de services.

[22] Les orthodontistes, les chirurgiens stomatologistes et les chirurgiens-dentistes font partie des patriciens participants.

[23] Le paiement moyen des services de chirurgie assurés est fondé sur le total des dépenses divisé par le nombre de services de chirurgie dentaire dispensés.

Yukon

Services hospitaliers rendus dans le territoire				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :				
– établissements de soins actifs;	1	1	1	1
– pavillons hospitaliers;	1	1	1	1
– établissements de soins de longue durée;				
– établissements de soins de réadaptation;				
– établissements de services de diagnostic et de chirurgie externes;				
– autres établissements.[1]	15	15	15	15
Nombre total d'établissements	17	17	17	17
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits :				
– lits pour soins actifs;	70	59	59	61
– lits de malades chroniques;				
– lits pour soins de réadaptation;				
– lits pour les chirurgies d'un jour.	10	10	10	10
Nombre total de lits dotés en personnel	80	69	69	71
3. Nombre total de lits approuvés par les établissements pour fournir des services hospitaliers assurés, par catégorie :				
– lits pour soins actifs;	70	67	67	67
– lits de malades chroniques;				
– lits pour soins de réadaptation;				
– lits pour les chirurgies d'un jour.	10	10	10	10
Nombre total de lits approuvés	80	77	77	77
4. Nombre d'admissions dans les d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– lits pour soins actifs;	3 464	3 306	3 125	2 914
– lits situés dans des pavillons hospitaliers;	469	414	384	427
– lits de malades chroniques;				
– lits pour soins de réadaptation;				
– lits pour les chirurgies d'un jour.	1 648	1 524	1 606	1 624
Nombre total d'admissions	5 579	5 244	5 115	4 965
5. Séjour moyen des hospitalisations (en jours) dans les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins :				
– établissements de soins actifs;	4,1	4,0	4,4	4,8
– pavillons hospitaliers;	3,4	2,8	3,1	2,5
– établissements de soins de longue durée;	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
– établissements de soins de réadaptation.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

[1] Centres de santé et postes de soins infirmiers.

Services hospitaliers rendus dans le territoire				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements :				
– établissements de soins actifs;	17 094 366 $	17 526 000 $	17 651 846 $	17 997 584 $
– pavillons hospitaliers;	1 473 481 $	1 310 846 $	1 371 771 $	1 589 574 $
– établissements de soins de longue durée;				
– établissements de réadaptation;				
– établissements de chirurgie externe;				
– établissements de services de diagnostic externes;				
– autres établissements.[2]	6 589 755 $	7 022 326 $	7 718 202 $	8 424 500 $
Total des paiements à tous les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	25 157 602 $	25 859 172 $	26 741 819 $	28 011 658 $
7. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	785,00 $	785,00 $	989,00 $	989,00 $
– pavillons hospitaliers;	225,00 $	225,00 $	400,00 $	400,00 $
– frais pour les accouchements;	165,00 $	165,00 $	165,00 $	165,00 $
– établissements de soins de longue durée;				
– établissements de soins de réadaptation.				
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés :				
– établissements de soins actifs;	89,00 $	89,00 $	110,00 $	110,00 $
– établissements de soins de longue durée;				
– établissements de soins de réadaptation.				
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés par type d'établissements :				
- établissements de soins actifs;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- pavillons hospitaliers;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- établissements de soins de longue durée;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
- établissements de soins de réadaptation.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Nombre d'établissements de soins de santé privés qui fournissent des services de santé assurés :				
– établissements de chirurgie privés;	0	0	0	0
- établissements de diagnostic privés.	0	0	0	0
11. Nombre de services de santé assurés fournis dans :				
– des établissements de chirurgie privés;	0	0	0	0
– des établissements de diagnostic privés.	0	0	0	0
12. Total des paiements pour :				
– les établissements de chirurgie privés;	0 $	0 $	0 $	0 $
– établissements de diagnostic privés.	0 $	0 $	0 $	0 $

[2] Centres de santé et postes de soins infirmiers.

Services hospitaliers rendus hors territoire (au Canada)[3]				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.	712	732	769	735
14. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.	5 621	6 109	6 637	7 025
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.	4 751 127 $	4 434 174 $	4 196 661 $	4 683 562 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.	584 070 $	645 165 $	826 425 $	920 769 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.	6 673 $	6 058 $	5 457 $	6 372 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.	104 $	106 $	125 $	131 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger[4]				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés	11	14	13	11
20. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	67	42	53	67
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	62 847 $	34 445 $	45 440 $	22 125 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	32 462 $	5 502 $	7 354 $	7 080 $
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.	5 713 $	2 460 $	3 495 $	2 011 $
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.	485 $	131 $	139 $	102 $

[3] les figures ont lieu à la date de service.
[4] les figures ont lieu à la date de service.

Services médicaux rendus dans le territoire[5]				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants :				
– omnipraticiens;	48	52	40	41
– spécialistes;	4	4	4	5
– tous les médecins.	52	56	44	46
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
– omnipraticiens;	161 680	164 544	151 743	153 542
– spécialistes;	12 522	10 885	14 170	11 704
– tous les médecins.	174 201	175 429	165 913	165 246
27. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	125 230	127 479	120 830	123 333
– services de chirurgie;	26 775	25 425	23 110	22 092
– services de diagnostic;	22 197	22 525	21 972	19 822
– tous les services médicaux assurés.	174 201	175 429	165 912	165 246
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	5 198 864 $	5 335 775 $	5 058 606 $	5 248 704 $
– spécialistes;	1 076 028 $	1 184 312 $	1 321 577 $	1 189 271 $
– tous les médecins.	6 274 892 $	6 520 087 $	6 380 183 $	6 437 974 $
29. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	5 040 362 $	5 182 278 $	5 026 530 $	5 144 453 $
– services de chirurgie;	918 797 $	995 148 $	1 005 170 $	978 628 $
– services de diagnostic;	315 733 $	342 660 $	348 483 $	314 893 $
– tous les services médicaux assurés.	6 274 892 $	6 520 087 $	6 380 183 $	6 437 974 $
30. Paiement moyen pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	32,15 $	32,43 $	33,34 $	34,18 $
– spécialistes;	85,93 $	108,80 $	93,27 $	101,61 $
– tous les médecins.	36,02 $	37,17 $	38,45 $	38,96 $
31. Paiement moyen (par service) pour les services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	40,25 $	40,65 $	41,60 $	41,71 $
– services de chirurgie;	34,32 $	39,14 $	43,50 $	44,30 $
– services de diagnostic;	14,22 $	15,21 $	15,86 $	15,89 $
– tous les services médicaux assurés.	36,02 $	37,17 $	38,45 $	38,96 $

[5] Spécialistes en visite, médecins suppléants et remboursements aux membres.

Services de chirurgie dentaire rendus dans le territoire[8]				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants.	12	10	12	9
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.	309	203	296,5	214
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.	75 331 $	50 840 $	64 397 $	59 458 $
35. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés.	243,79 $	250,44 $	217,19 $	277,84 $

Services médicaux rendus hors territoire				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services payés au titre des services médicaux assurés fournis hors territoire (au Canada).	33 313	28 656	29 834	31 020
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors territoire.	1 180 306 $	1 183 519 $	1 207 371 $	1 404 195 $
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors territoire.	35,43 $	41,30 $	40,47 $	45,27 $

[8] En raison du faible nombre de dentistes résidents du Yukon qui participent au régime, tous les services dentaires couverts dans le cadre du régime sont inclus dans ces chiffres – y compris les services fournis par les spécialistes dentaires non résidents.

Services médicaux fournis dans le territoire[7]				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
39. Nombre de médecins participants :				
– omnipraticiens;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– spécialistes;	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
– tous les médecins.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
40. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) :				
– omnipraticiens;	23 759	27 583	30 391	27 757
– spécialistes;	11 411	11 848	10 443	11 332
– tous les médecins.	35 170	39 431	40 834	39 089
41. Nombre de services médicaux assurés, par type de services :				
– services médicaux;	29 629	33 975	33 007	31 609
– services de chirurgie;	2 134	1 842	4 483	5 141
– services de diagnostic;	3 407	3 614	3 344	2 339
– tous les services assurés.	35 170	39 431	40 834	39 089
42. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	815 233 $	983 271 $	994 636 $	907 848 $
– spécialistes;	924 791 $	756 719 $	681 869 $	727 972 $
– tous les médecins.	1 740 024 $	1 739 990 $	1 676 505 $	1 635 820 $
43. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	1 415 810 $	1 542 518 $	1 477 892 $	1 436 115 $
– services de chirurgie;	232 831 $	112 736 $	121 755 $	132 349 $
– services de diagnostic;	91 383 $	84 736 $	76 857 $	67 356 $
– tous les médecins.	1 740 024 $	1 739 990 $	1 676 504 $	1 635 820 $
44. Paiement moyen pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins :				
– omnipraticiens;	34,31 $	35,65 $	32,73 $	32,71 $
– spécialistes;	81,04 $	63,87 $	65,29 $	64,24 $
– tous les médecins.	49,47 $	44,13 $	41,06 $	41,85 $
45. Paiement moyen pour les services médicaux assurés, par catégorie de services :				
– services médicaux;	47,78 $	45,40 $	44,78 $	45,43 $
– services de chirurgie;	109,11 $	61,20 $	27,16 $	25,74 $
– services de diagnostic;	26,82 $	23,45 $	22,98 $	28,80 $
– tous les services médicaux.	49,47 $	44,13 $	41,06 $	41,85 $

[7] Médecins et spécialistes résidents du Yukon qui dispensent des services aux personnes inscrites au *Yukon Health Care Plan Subscribers*.

Territoires du Nord-Ouest

Comme les Territoires du Nord-Ouest ont été divisés en deux territoires distincts (Territoires du Nord-Ouest et Nunavut) le 1er avril 1999, les données des exercices 1996-1997 à 1998-1999 ne sont pas disponibles. Ces données ne pourraient être comparées aux données fournies pour l'exercice 1999-2000.

Services hospitaliers rendus dans le territoire				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000[1]**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) :[1] - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de soins réadaptation; - établissements de chirurgie externe; - établissements de diagnostic externes; - autres établissements. Nombre total d'établissements				4 hôpitaux 28 centres de santé 32
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégories : - lits pour soins actifs; - lits de malades chroniques; - lits pour soins de réadaptation; - lits pour chirurgie d'un jour. Nombre total de lits dotés en personnel :				212[2]
3. Nombre total de lits approuvés par les établissements pour fournir des services hospitaliers assurés, par catégories : - lits pour soins actifs; - lits de malades chroniques; - lits pour soins de réadaptation; - lits pour chirurgie d'un jour. Nombre total de lits approuvés				32
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : - lits pour soins actifs; - lits de malades chroniques; - lits pour soins de réadaptation; - lits pour chirurgie d'un jour (*données non disponibles auprès de l'ICIS*). Nombre total de radiations				non disponible
5. Durée moyenne des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissement de réadaptation.				non disponible

[1] Il arrive que les lits soient ré-affectés en fonction des besoins.
[2] Des prévisions ont été établies là où les données sont incomplètes.

Services hospitaliers rendus dans le territoire				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000[1]**
6. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de soins de réadaptation.				non disponible
7. Coût quotidien moyen des services de santé aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de soins de réadaptation.				non disponible
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de soins de réadaptation.				non disponible
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés par type d'établissements : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de soins de réadaptation.				non disponible non disponible non disponible
10. Nombre d'établissements privés qui fournissent des services de santé assurés : - établissements de chirurgie privés - établissements de diagnostic privés Nombre total d'établissements privés				0 0 0
11. Nombre de services de santé assurés fournis, par type d'établissements : - établissements de chirurgie privés; - établissements de diagnostic privés. Nombre total de services :				0 0 0
12. Total des paiements : - aux établissements de chirurgie privés - aux établissements de diagnostic privés Total				0 0 0

Services hospitaliers rendus hors territoire (au Canada) (Réclamations de type TI)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.				992
14. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.				7 556
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.				6 714 719,40 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.				1 077 810,04 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.				6 768,87 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.				142,64 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger (Réclamations de type TI)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.				40
20. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.				64
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.				135 652,77 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.				27 202,85 $
23. Paiement moyen pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.				3 391,32 $
24. Paiement moyen pour les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.				425,04 $

Services médicaux rendus dans la territoire (Réclamations de types MO et MS)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants : - omnipraticiens; - spécialistes; - tous les médecins.				non disponible
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : - omnipraticiens; - spécialistes; - autres médecins; - tous les médecins.				165 442 55 600 7 504 227 546
27. Nombre de services médicaux assurés rendus.: - services médicaux : - services de chirurgie : - services de diagnostic : - tous les services médicaux assurés				non disponible non disponible non disponible 228 792
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : - omnipraticiens; - spécialistes; - autres médecins; - tous les médecins.				5 858 751,12 $ 703 525,74 $ 361 024,29 $ 6 923 301,15 $
29. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés. - services médicaux : - services de chirurgie : - services de diagnostic : - tous les services médicaux assurés				non disponible non disponible non disponible 6 923 301,15 $
30. Paiement moyen pour les services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : - omnipraticiens; - spécialistes; - autres médecins; - tous les médecins.				73,14 $ 34,38 $ 24,01 $ 48,03 $
31. Paiement moyen pour les services médicaux assurés. - services médicaux : - services de chirurgie : - services de diagnostic : - tous les services médicaux assurés				non disponible non disponible non disponible 30,26 $

Services de chirurgie dentaire rendus dans le territoire				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants, c'est-à-dire le nombre de dentistes qui ont reçu des paiements durant l'année.				non disponible
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.				non disponible
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.				non disponible
35. Paiement moyen, par service, pour des services de chirurgie dentaire assurés.				non disponible

Services médicaux rendus hors territoire (au Canada) (Réclamations de type MO)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services payés pour des services médicaux assurés fournis à des malades externes hors territoires (au Canada).				15 694
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors territoire à des malades externes.				701 824,26 $
38. Paiement moyen pour des services médicaux fournis hors territoire à des malades externes.				44,72 $

Nunavut

Services hospitaliers rendus dans la territoire				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
1. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos) : – établissements de soins actifs; – établissements de soins de longue durée; – établissements de réadaptation; – établissements de chirurgie externe; – établissements de diagnostic externes; – autres établissements. Nombre total d'établissements				1 hôpital 25 centres de santé 26
2. Nombre de lits dotés en personnel dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégories : - lits pour soins actifs; - lits de malades chroniques; - lits pour soins de réadaptation; - lits pour les chirurgies d'un jour. Nombre total de lits dotés en personnel				non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible
3. Nombre total de lits approuvés par les établissements pour fournir des services hospitaliers assurés, par type de soins : - lits pour soins actifs; - lits de malades chroniques; - lits pour soins de réadaptation; - lits pour les chirurgies d'un jour. Nombre total de lits approuvés				non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible
4. Nombre de radiations d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : - lits pour soins actifs; - lits de malades chroniques; - lits pour soins de réadaptation; - lits pour les chirurgies d'un jour (données non disponibles auprès de l'ICIS). Nombre total de radiations				non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible
5. Séjour moyen des hospitalisations (en jours) dans des établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : - établissements de soins actifs; – établissements de soins de longue durée; – établissements de réadaptation.				non disponible non disponible non disponible

Services hospitaliers rendus dans la territoire				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
6. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type d'établissements : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de réadaptation; - établissements de chirurgie externe; - établissements de services de diagnostic externes; - autres établissements. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés				non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible
7. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de réadaptation.				non disponible non disponible non disponible
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades externes, par type d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de réadaptation.				non disponible non disponible non disponible
9. Coût quotidien moyen des services hospitaliers assurés, par type d'établissements : - établissements de soins actifs; - établissements de soins de longue durée; - établissements de réadaptation.				non disponible non disponible non disponible
10. Nombre d'établissements de santé privés qui fournissent des services de santé assurés : - établissements de chirurgie privés; - établissements de diagnostic privés. Nombre total d'établissements				non disponible non disponible non disponible
11. Nombre de services de santé assurés fournis : - établissements de chirurgie privés; - établissements de diagnostic privés. Nombre total d'établissements				non disponible non disponible non disponible
12. Total des paiements pour : - établissements de chirurgie privés; - établissements de diagnostic privés. Total des paiements				non disponible non disponible non disponible

Services hospitaliers rendus hors territoire (au Canada)				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
13. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.				1 842
14. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.				9 656
15. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.				8 546 013 $
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.				1 470 018 $
17. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades hospitalisés.				4 639 $
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis hors territoire (au Canada) à des malades externes.				152 $

Services hospitaliers rendus à l'étranger				
Services hospitaliers assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
19. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.				14
20. Nombre total des réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.				5
21. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.				12 010 $
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.				1 130 $
23. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés.				857 $
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades externes.				226 $

Services médicaux rendus dans la territoire				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
25. Nombre de médecins participants : – omnipraticiens; – spécialistes; – tous les médecins.				 85 79 164
26. Nombre de services assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : – omnipraticiens; – spécialistes; – tous les médecins.				 50 914 23 120 74 034
27. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : – services médicaux; – services de chirurgie; – services de diagnostic; – tous les services médicaux assurés.				 non disponible non disponible non disponible non disponible
28. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : – omnipraticiens; – spécialistes; – tous les médecins.				 2 323 234 $ 1 146 522 $ 3 469 756 $
29. Total des paiements aux médecins (rémunération à l'acte) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : - services médicaux; - services de chirurgie; - services de diagnostic; - tous les services médicaux assurés.				 non disponible non disponible non disponible non disponible
30. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : - omnipraticiens; - spécialistes; - tous les médecins.				 45,63 $ 49,59 $ 46,86 $
31. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de services (selon la spécialité du médecin) : - services médicaux (médecins spécialistes); - services de chirurgie (chirurgiens spécialistes); - services de diagnostic (spécialistes de laboratoire et en radiographie); - tous les services médicaux assurés.				 non disponible non disponible non disponible non disponible

Services de chirurgie dentaires rendus dans la territoire				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
32. Nombre de dentistes participants (ceux qui ont reçu des paiements au cours de l'année).				27
33. Nombre de services assurés fournis par des dentistes.				0
34. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés.				0
35. Paiement moyen par service pour des services de chirurgie dentaire assurés.				0

Services médicaux rendus hors territoire (au Canada)				
Services médicaux assurés	**1996-1997**	**1997-1998**	**1998-1999**	**1999-2000**
36. Nombre de services payés pour des services médicaux assurés fournis hors territoire (au Canada).				non disponible
37. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors territoire.				non disponible
38. Paiement moyen par service pour des services médicaux assurés fournis hors territoire.				non disponible

CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S., 1985, c. C-6

L.R. (1985), ch. C-6

June, 1999

Juin 1999

Santé, Loi canadienne sur la (L.R. 1985, ch. C-6)
Source : http://canada.justice.gc.ca/fr/lois/C-6/texte.html
(À jour jusqu'au 30 avril 2000)
Sujet: Santé

Santé, Loi canadienne sur la

CHAPITRE C-6

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

TITRE ABRÉGÉ

Titre abrégé

1. *Loi canadienne sur la santé.*

1984, ch. 6, art. 1.

DÉFINITIONS

Définitions

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

«assuré» "*insured person*"

«assuré» Habitant d'une province, à l'exception :

a) des membres des Forces canadiennes;

b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;

c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*;

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

«contribution» [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« contribution pécuniaire » "*cash contribution*"

« contribution pécuniaire » La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui peut être versée à une province au titre des paragraphes 15(1) et (4) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.

«dentiste» "*dentist*"

«dentiste» Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

«frais modérateurs» "*user charge*"

«frais modérateurs» Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

«habitant» "*resident*"

«habitant» Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

«hôpital» "*hospital*"

«hôpital» Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception :

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

«loi de 1977» [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

«médecin» "*medical practitioner*"

«médecin» Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

«ministre» "*Minister*"

«ministre» Le ministre de la Santé.

«régime d'assurance-santé» "*health care insurance plan*"

«régime d'assurance-santé» Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

«services complémentaires de santé» "*extended health care services*"

«services complémentaires de santé» Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

«services de chirurgie dentaire» "*surgical-dental services*"

«services de chirurgie dentaire» Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement.

«services de santé assurés» "*insured health services*"

«services de santé assurés» Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.

«services hospitaliers» "*hospital services*"

«services hospitaliers» Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;

b) les services infirmiers;

c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;

d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;

f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;

g) l'usage des installations de radiothérapie;

h) l'usage des installations de physiothérapie;

i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

«services médicaux»

"physician services"

«services médicaux» Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.

«surfacturation» *"extra-billing"*

«surfacturation» Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11.

POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Objectif premier

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

RAISON D'ÊTRE

Raison d'être de la présente loi

4. La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Contribution pécuniaire

5. Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (ci-après, Transfert).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.

6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

CONDITIONS D'OCTROI

Règle générale

7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

a) la gestion publique;

b) l'intégralité;

c) l'universalité;

d) la transférabilité;

e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Gestion publique

8. (1) La condition de gestion publique suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Désignation d'un mandataire

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;

b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité

9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universalité

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Transférabilité

11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoie et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le

régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoie et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Définition de «services de santé assurés facultatifs»

(3) Pour l'application du paragraphe (2), «services de santé assurés facultatifs» s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

Accessibilité

12. (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoie la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoie une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoie le versement des montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)*c*) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa *a*), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa *b*), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

Obligations de la province

13. Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37.

MANQUEMENTS

Renvoi au gouverneur en conseil

14. (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Étapes de la consultation

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

Impossibilité de consultation

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

Décret de réduction ou de retenue

15. (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Modification des décrets

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Avis

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Entrée en vigueur du décret

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Nouvelle application des réductions ou retenues

16. En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

17. Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Surfacturation

18. Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19. (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Réserve

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Déduction en cas de surfacturation

20. (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, ch. 6, art. 20.

Application aux exercices ultérieurs

21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, ch. 6, art. 21.

RÈGLEMENTS

Règlements

22. (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

a) définir les services visés aux alinéas *a*) à *d*) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13*a*) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13*b*).

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)*a*) ou *b*) qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)*a*) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984.

Consultation des provinces

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)*c*) ou *d*) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

RAPPORT AU PARLEMENT

Rapport annuel du ministre

23. Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

1984, ch. 6, art. 23.

Lexique

Le glossaire du Rapport annuel 1999-2000 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* explique et définit les termes utilisés dans le rapport. Lorsque les termes utilisés diffèrent de ceux qui y sont définis, il en est fait mention.

Terme	Explication
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité (AAT)	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en place en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales-territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé, partout au Canada. Santé Canada rencontre périodiquement les provinces et les territoires pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acceptation formelle dans un établissement de services de santé d'un individu qui requiert, pour une période donnée, des services médicaux ou de santé, ou les deux, et l'assignation d'un lit à cet individu.
Autres établissements publics	Autres types d'établissements publics fournissant des services de santé assurés (p. ex., centres de traitement du cancer, centres de santé communautaire).
Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR)	Formé en 1991, le Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR) des fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux est chargé de définir et de discuter certaines questions découlant des ententes de facturation interprovinciales pour les services médicaux et hospitaliers. Les membres du Comité ont également pour mandat de régler les aspects opérationnels de certaines questions administratives très complexes.
Coût quotidien	Montant qu'une province ou un territoire établit comme étant le coût quotidien moyen pour un traitement ou un séjour en établissement.
Durée du séjour	Nombre de jours pendant lesquels un patient est hospitalisé.
Établissement de chirurgie privé	Établissement du secteur privé offrant des services de chirurgie assurés. Ces services sont assurés, quant à la Loi canadienne sur la santé.
Établissement de diagnostic privé	Établissement du secteur privé offrant des services de diagnostic en laboratoire, en radiologie et autres diagnostics assurés. Ces services sont assurés, quant à la Loi canadienne sur la santé.

Terme	Explication
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale convenue entre les provinces et les territoires et qui permet le traitement réciproque de demandes de remboursement de la province ou du territoire pour des services hospitaliers offerts à des malades hospitalisés et externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont payables aux taux approuvés de la province ou du territoire d'accueil ou comme il a été convenu par les parties en cause et le Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR).
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre les provinces et les territoires et qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement pour des services médicaux reçus en dehors de la province ou du territoire d'origine et fournis par un médecin habilité. Lorsqu'une telle entente existe, le service médical assuré est payable selon le taux approuvé de la province ou du territoire d'origine.
Établissement de diagnostic externe	Établissement qui fournit à des malades externes des services de diagnostic assurés de courte durée (un jour).
Établissement de réadaptation	Établissement fournissant des services de réadaptation assurés à un patient requérant une hospitalisation.
Établissement de soins actifs	Établissement qui fournit des services hospitaliers requérant ou non une hospitalisation.
Établissement de soins chroniques	Établissement qui fournit des services médicaux continus et de longue durée à des malades hospitalisés. Les établissements de soins chroniques ne comprennent pas les centres de soins infirmiers.
Établissement de soins de longue durée	Établissement, hormis les maisons de repos, qui fournit des services de longue durée requérant une hospitalisation.
Établissement de chirurgie externe	Établissement qui fournit à des malades externes des services de chirurgie assurés de courte durée (chirurgie d'un jour).
Établissement privé *(à but lucratif)*	Établissement relevant du secteur privé et offrant des services de santé assurés dans un but lucratif (les frais englobent à la fois les coûts et un taux de rendement sur l'investissement).
Établissement privé *(sans but lucratif)*	Établissement du secteur privé offrant des services de santé assurés sans but lucratif.
Frais de fournitures médicales	Frais facturés pour des articles comme les porte-coton imbibés d'alcool, les sutures, etc. qui sont associés à la prestation de services de médecin assurés.

Terme	Explication
Frais modérateurs	Frais de facturation d'un service de santé assuré autorisé ou permis par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, mais non payables, directement ou indirectement, par un tel régime; ne comprend pas les frais de surfacturation.
Habitant	Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province ou un territoire et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, mais non les touristes ni les personnes de passage ou en visite dans la province ou le territoire.
Habitant temporairement absent	Habitant qui s'absente de sa province ou de son territoire d'origine pour des raisons d'affaires, pour des études, des vacances ou pour d'autres raisons, sans avoir le statut de résident permanent ailleurs et en ayant présumément l'intention de revenir dans sa province ou son territoire d'origine.
Honoraires forfaitaires	Frais qu'un médecin peut imposer à ses patients pendant une période donnée pour des services non couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Parmi les services non assurés, mentionnons les consultations téléphoniques données à la demande du patient, le renouvellement d'ordonnances par téléphone et le fait de remplir divers formulaires et documents.
Hôpital	Tout établissement fournissant des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation. N'en font pas partie les établissements destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux, ni les établissements fournissant des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour des enfants.
Lit de malades chroniques	Lit affecté à des malades requérant une hospitalisation pour la prestation de services médicaux de longue durée.
Lit pour chirurgie d'un jour	Lit d'un hôpital affecté aux services de chirurgie à court terme (c.-à-d. de moins de 24 heures).
Lit pour soins actifs	Lit affecté à des malades ayant besoin de services hospitaliers.
Lit pour soins de réadaptation	Lit affecté à des malades requérant une hospitalisation pour la prestation de soins de réadaptation (p. ex. réadaptation pour traumatisme médullaire ou crânien).
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, de sorte qu'il facture ses patients directement selon le taux provincial ou territorial. Conformément à l'entente touchant le barème d'honoraires, le régime provincial ou territorial rembourse ces patients jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime pour ce service.

Terme	Explication
Médecin non participant	Médecin œuvrant tout à fait indépendamment du régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Le médecin et le patient ne sont dans ce cas pas admissibles en vertu du régime d'assurance-santé provincial ou territorial à une couverture pour les services rendus ou reçus. Un médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, lesquels sont payés directement par le patient.
Médecin ou dentiste participant	Médecin ou dentiste inscrit à un régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Omnipraticien	Médecin habilité qui exerce la médecine à l'échelle communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic posé le justifie.
Payeurs tiers	Organismes tels que les Commissions d'indemnisation des accidents du travail, les compagnies d'assurance-santé privées, les régimes d'assurance-santé de l'employeur ou autres qui remboursent des services de santé assurés à leurs clients et à leurs employés.
Produits et services médicaux améliorés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit habituellement d'un service ou d'un produit de qualité supérieure qui n'est pas nécessaire du point de vue médical et qui est offert à un patient qui en fait personnellement le choix par souci de commodité.
Rémunération à l'acte	Mode de paiement utilisé par les médecins et reposant sur un barème d'honoraires déterminés pour chaque service.
Service de diagnostic	Acte visant à poser un diagnostic relativement à diverses maladies ou différents états.
Service de chirurgie dentaire assuré	Acte de chirurgie dentaire nécessaire sur le plan médical ou dentaire et accompli par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peut être accompli convenablement qu'en un tel établissement.
Services de chirurgie	Service de chirurgie offert par un médecin dans une province ou un territoire et qui est facturé.
Services de santé assurés	Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés.

Terme	Explication
Services hospitaliers assurés	Services fournis dans un hôpital aux patients hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention de maladies ou le diagnostic ou le traitement de blessures, maladies ou invalidités : ❑ l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée; ❑ les services infirmiers; ❑ les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; ❑ les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; ❑ l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; ❑ le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux; ❑ l'usage des installations de radiothérapie; ❑ l'usage des installations de physiothérapie; ❑ les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital, mais non les services exclus par la réglementation de la *LCS*
Service médical assuré	Service médicalement nécessaire couvert par un régime d'assurance-santé provincial ou territorial et fourni par un médecin habilité.
Services médicaux	Service ne comportant aucune chirurgie et offert par un médecin habilité par la province ou le territoire ou par un omnipraticien.
Spécialiste	Médecin habilité exerçant la médecine dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à poser des diagnostics spécialisés et à offrir des traitements spécialisés.
Surfacturation	Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.